Rok XLV. Kraków 14 Kwietnia 1906. Nr. 15.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki lekarskiej wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu. (Dyr. prof. dr. A. P. Fawickij).

W sprawie doświadczalnej miażdżycy u królików.

Podał

Dr. Zenon Orłowski

ordynator kliniki

W roku 1903 Josué (1) pierwszy dowiódł, że u królików można sztucznie wywołać w tętnicy głównej zmiany, podobne do zmian, cechujących sprawę miażdżycową tętnicy głównej u człowieka. I przed pracą Josuégo ogłoszono prace w tym kierunku (Gilbert i Lion(6), Thérèse(3), Crocq (4), Pernice (5), Boinet i Romary (6), lecz mało zwracano na nie uwagi. Josuému pierwszemu powiodło się zainteresować szersze koło badaczy. Jego zasługa polega na tem, że on pierwszy wskazał sposób, przy pomocy którego można w ciągu krótkiego czasu bez wielkiego zachodu prawie napewno wywołać zmiany w tętnicy głównej u królików. Przed nim już Jores (7) starał się uzyskać takież zmiany w tętnicy głównej, wywołując częste podniesienia ciśnienia krwi. W tym celu Jores dodawał do pokarmu tabliczki z nadnercza, lecz wyniki były ujemne. Josuému pierwszemu przyszło na myśl wywoływać podniesienia ciśnienia krwi śródżylnemi wstrzykiwaniami adrenaliny. Doświadczenia swoje wykonywał Josué na królikach, ważących około 2 klgr. Co trzeci lub czwarty dzień wstrzykiwał Josué do żyły usznej królika 3 krople adrenaliny (1:1000). U królików, które zginęły po pierwszych wstrzykiwaniach, żadnych zmian nie znaleziono. U królika, którego zabito po 8 wstrzyknięciach (w ciągu 5 tyg.) znaleziono w piersiowej części tętnicy głównej podłużną zwapniałą blaszkę długości 1 cm., szerokości 2 mm. Jeszcze większe zmiany znaleziono u 2 innych królików, z których jednego zabito po 10 wstrzyknięciach, dokonanych w ciągu 40 dni, a drugiego po 20 — w ciągu 3 miesięcy. U tego drugiego królika stwierdzono w tętnicy głównej nawet liczne płaskowypukłe tętniaki. Podskórne wstrzykiwania adrenaliny nawet w ciągu długiego czasu nie wywołały żadnych zmian w tętnicy głównej. Doświadczenia Josuégo powtórzył Erb (8), a za nim cały szereg badaczy (Rzętkowski (9), Fischer (10), Sturli (11), Braun (12), Lissauer (13), Scheidemandel (14), Külbs (15), Pearce i Stauton (16) i t. d.). Te badania w zupełności potwierdziły spostrzeżenia Josuégo i niezbicie dowiodły, że śródżylne wstrzykiwania adrenaliny są pewnym i niechybnym środkiem dla wywołania u królików nieraz ciężkich zmian w tętnicy głównej z odkładaniem wapna w uległych zmianom miejscach. Patologo-anatomiczne badania tych zmian dowiodły, że wapno odkłada się prawie wyłącznie w błonie środkowej naczynia; błona zewnętrzna i wewnętrzna prawie nie ulegają zmianom; w naczyniach odżywczych naczyń (*vasa vasorum*) nie powstają żadne zmiany U zdrowych królików podobnych zmian nigdy nie znajdowano. Mimowoli nasuwa się pytanie, jaka jest przyczyna omawianej sprawy w tętnicy głównej? Co gra tu rolę, trujące działanie adrenaliny, czy wprost częste podniesienia ciśnienia krwi? Na te pytania badacze dają niezgodne odpowiedzi. Josué i Külbs za przyczynę uważają częste podniesienia ciśnienia krwi i swoiste działanie samej adrenaliny na ścianę tętnicy; według Josuégo trujące działanie ma większe znaczenie; ten wniosek Josué (17) opiera na doświadczeniu, w którem nie powiodło mu się wywołać żadnych zmian w tętnicy głównej, jakkolwiek wstrzykiwanie dużych dawek nikotyny wywoływało znaczne podniesienia ciśnienia krwi[1]). Erb (19) starał się wyłączyć wpływ wzmożonego ciśnienia krwi w ten sposób, że wstrzykiwał adrenalinę do jamy brzusznej; w tych razach żadne zmiany w tętnicy głównej nie powstawały i t. d.

Powziąwszy zamiar, o ile możności roztrzygnąć to zagadnienie, dla wyłączenia trującego działania adrenaliny wstrzykiwałem także inne środki, wzmagające ciśnienie krwi, mianowicie, strofantynę (Merck), hidrastyninę, adonidynę (Merck), digitalinę (Böhringer und S.), digalen (Hoffmann La Roche).

Adrenalinę (*adrenalinum hydrochloricum* Parke-Davis et C.) 1:1000 wstrzykiwałem królikom do żyły usznej zwykle co drugi lub trzeci dzień. Do doświadczeń używałem młodych zwierząt, ważących $1^1/_4$—2 kilogr. Strzykawkę i igłę starannie wyjaławiałem; zaczynałem wstrzykiwanie od $1^1/_2$—2 podziałek strzykawki 1-gramowej i stopniowo dochodziłem do 3 podziałek; zapalenia, a tem bardziej ropienia żyły nigdy nie zauważyłem. Z 12 królików 3 zginęły zaraz po drugiem wstrzyknięciu, jeden królik zginął po 44 wstrzyknięciach w ciągu $3^1/_2$ miesięcy, drugi po 23 — w ciągu $2^1/_2$ miesięcy, trzeci po 15 — w ciągu $1^1/_2$ miesiąca i t. d. Zwraca na siebie uwagę ta okoliczność, że króliki stopniowo przyzwyczajają się do adrenaliny i zaczynają znosić duże dawki Za przykład mogą służyć 2 moje doświadczenia. 1) Królikowi, ważącemu 1390 gr. wstrzyknąłem pierwszy raz

[1]) To, co nie udało się Josuému, udało się Boveriemu (18). który wlewał przez zgłębnik do żołądka 10—40 sz. ctm. 10% naparu tytoniu i u wszystkich 6 królików znalazł w tętnicy głównej rozległe zmiany ze zwapnieniami.

$^1/_2$ podziałki strzykawki adrenaliny; stopniowo dawkę tę zwiększałem i doszedłem wreszcie w końcu 5 miesiąca do całej strzykawki, a nawet do 1,8; tak duża dawka sprawiała u królika zupełne wyczerpanie sił, które trwało $^1/_2$—$^3/_4$ godziny; po 2 dniach wstrzyknąłem królikowi odrazu dwie strzykawki, w godzinę potem trzecią; ostatecznie musiałem królika zabić; w dzień śmierci waga królika wynosiła 1540 grm. 2) Drugi królik, ważący 1870 grm., przy 21. wstrzyknięciu dostał 0·8 strzykawki (1-gramowej), przy 22—2·6, przy 23—3 strzykawki adrenaliny (1:1000, świeżej, niezepsutej). Ostatecznie i tego królika musiałem zabić; w dzień śmierci królik ważył 1700 gr. Z rozmysłem przytaczam tu wagę królików w celu zaznaczenia, że wstrzykiwania na odżywienie królików mało działały; charłactwa, o którem wspominają inni badacze, nie zauważyłem ani razu, przeciwnie, niektórym królikom nawet przybyło wagi ku końcowi doświadczenia.

Nie będę tu opisywał zjawisk, następujących po wstrzyknięciu adrenaliny do krwi; przejdę odrazu do zmian w tętnicy głównej, które znajdowałem u królików. Otóż, gdy niezmieniona tętnica główna tworzy u królików cienką, cylindryczną rurkę, wszędzie jednakowej, szaroniebieskiej barwy, to tętnica główna w moich doświadczeniach była na całej swojej długości usiana białemi blaszkami różnej wielkości, znacznie twardszemi od sąsiedniej tkanki; miejscami blaszki te wystają na zewnątrz w postaci jakby tętniaków; na przekroju w tych miejscach ścianki tętnicy głównej nie zapadają się. Jeżeli rozciąć taką tętnicę główną i rozłożyć, to widać obraz na tyle znamienny, że Erb, wychodząc z założenia, że takie zmiany powstają tylko pod wpływem adrenaliny, mówi o swoistych adrenalinowych zmianach tętnicy głównej. Najwięcej zmian znajduje się w części wstępującej i piersiowej tętnicy głównej; w wstępującej części można zauważyć mnóstwo zagłębień o średnicy 6—7 i więcej mlm. z twardymi brzegami i takiemże twardem dnem. W najdalej posuniętych przypadkach zagłębienia te leżą tak blizko jedno przy drugiem, że prawidłowej ściany tętnicy nie widać. W niektórych przypadkach te zagłębienia wystają nazewnątrz tętnicy głównej, tworząc jakby tętniaki. W piersiowej i brzusznej części tętnicy głównej spotyka się blaszki w kształcie białych plam z brzegami ostro obciętymi; niekiedy najwięcej tych zmian w brzusznej części tętnicy, wbrew twierdzeniu Scheidemandela, że brzuszna część tętnicy głównej nie ulega zmianom nawet w daleko posuniętych przypadkach. Pierwsze zmiany zjawiają się w piersiowej części tętnicy głównej.

Co się tyczy ilości wstrzykiwań, potrzebnych dla wywołania pierwszych zmian w tętnicy głównej, to pod tym względem nic pewnego powiedzieć nie można; u 2 królików, które zginęły po dwu wstrzykiwaniach, znalazłem po jednej blaszce w piersiowej części tętnicy głównej; Scheidemandel pierwsze zmiany znajdował po 7 wstrzykiwaniach, Rzętkowski znajdował zmiany już po 2—3 wstrzykiwaniach, a Erb (19) opisuje jeden przypadek, w którym królikowi wstrzykiwał adrenalinę tylko raz jeden: po 14 dniach królik zginął naturalną śmiercią, a przy sekcyi stwierdzono znaczne zmiany w tętnicy głównej. Z tych przykładów widać, że stopień zmian w tętnicy głównej bynajmniej nie stoi w związku z ilością wstrzykiwań, jak to twierdzi Josué; naogół jednak można powiedzieć, że po 10—11—12 wstrzykiwaniach można oczekiwać zmian w tętnicy głównej z wielką pewnością.

Przechodzę teraz do badań drobnowidowych. Już przy pobieżnem badaniu preparatu stwierdza się, że odkładanie wapna odbywa się w błonie środkowej; widać tu różne wielkości blaszki, ostro odgraniczone od otaczającej je tkanki; około większych blaszek można zauważyć naciek, złożony z komórek limfatycznych, częściej od strony błony wewnętrznej, rzadziej od strony błony zewnętrznej. W pobliżu niewielkich blaszek żadnego nacieku niema; miejscami można zauważyć rozrost warstwy mięsnej; komórki mięsne nabrzmiewają, ich jądra również obrzmiewają, wydłużają się, lecz figur karyokinetycznych nie zdołałem znaleźć.

Błona wewnętrzna po większej części nie ulega zmianom, lecz i w niej, prawie wyłącznie odpowiednio do usadowienia się blaszek w błonie środkowej, znajdują się gdzieniegdzie nacieki; śródbłonek w tych miejscach zwykle ulega obumarciu. Dosyć często spotyka się miejsca, gdzie błona wewnętrzna zupełnie jest zniszczona; te miejsca odpowiadają usadowieniu blaszek w błonie środkowej; wewnętrzną ściankę naczynia w takich miejscach stanowi blaszka wapienna, na której w takich razach często można zauważyć skrzepy. Czasami ubytek błony wewnętrznej ma podryte brzegi; przestrzeń między blaszką wapienną i oddzieloną błoną wewnętrzną wypełniają skrzepy; ta okoliczność wskazuje na to, że ubytek ten utworzył się za życia. W rzadkich przypadkach spotyka się blaszki wapienne w samej błonie wewnętrznej. W błonie zewnętrznej (*tun. adventitia*) drobne naczynia są niedrożne, a w otaczającej je tkance można zauważyć nacieczenie komórkami limfatycznemi i utworzenie jakby skrzepów włóknikowych. Miejsca te znajdują się naprzeciw blaszek wapiennych, leżących w błonie wewnętrznej.

Co się tyczy odżywczych naczyń (*vasa vasorum*) naczyń, to pod tym względem spostrzeżenia moje zupełnie się nie zgadzają z twierdzeniem wielu badaczy, że w nich żadnych zmian niema; we wszystkich moich preparatach miały ścianki naczyń odżywczych wejrzenie jednolite, śródbłonek w nich był przerosły i wybujały, wskutek tego światło naczynia bardzo zwężone, a niekiedy zupełnie niedrożne. Śledząc, o ile to możebne, przebieg tak zmienionego naczynia, czasami udaje się stwierdzić, że naczynie kończy się w samej blaszce wapiennej. Czasami można widzieć zwapnienie naokoło niedrożnego naczynia.

Badając preparat, naprzód odwapniony, a potem zabarwiony, stwierdza się w tem miejscu błony środkowej, gdzie było wapno, tkankę mięsną o zatartej budowie; komórki mięsne są jednolite, jakby zlewają się ze sobą, jądra ich tracą własność barwienia się; całe to miejsce wygląda jednostajnie i tylko u brzegów, jeżeli blaszka była duża, czasami znaleźć można nacieczenie komórkami limfatycznemi.

Bardzo pouczające są zmiany włókien sprężystych (preparat odwapniony; zabarwienie sposobem Weigerta). Włókna te biegną wszędzie w ścianie tętnicy lekko falisto; im bliżej ku blaszce zwapniałej, tem falistość jest większa; na samej granicy blaszki włókna zaczynają rozchodzić się jedno od drugiego, lecz na granicy blaszki odrazu nikną zupełnie i dalej na całej przestrzeni blaszki, jeżeli wapna było dużo, włókien zupełnie nie widać; jeżeli wapna było stosunkowo mało, to widać na jednostajnem szklistem tle gdzie-

niegdzie strzępki włókien sprężystych w postaci już nie falistych, ale prostych linii. Włókna, leżące naokoło blaszki i bezpośrednio stykające się z nią, mają postać wystrzępionych linii, czasami zaś rozpadłych grudek; włókna, leżące naokoło blaszki trochę dalej, mają postać prostych równoległych linii, które, gdy się kończy blaszka, wstępując w prawidłową tkankę przechodzą znowu w linie faliste. Tam gdzie wapna mało, gdzie ono dopiero zaczyna się odkładać, włókna sprężyste tylko obrzmiewają, tracą swą falistość i mają postać gdzieniegdzie wystrzępionych równoległych linii. Na granicy blaszki i tkanki prawidłowej włókna w takich razach zwykle są rozerwane.

Oprócz adrenaliny, jak już wspomniałem, używałem digitaliny, digalenu, strofantyny, hidrastyniny, adonidyny.

Hidrastynina. 1% wodny roztwór hidrastyniny (*hydrastinicum hydrochloricum*) wstrzykiwałem do żyły usznej 2 królików po 2 strzykawce odrazu, co drugi dzień; jednemu królikowi zrobiłem 50, drugiemu 63 wstrzyknięć. Przy sekcyi w tętnicy głównej u tych królików zmian nie było.

Digitalinę (0,1:100 wody z dodatkiem kilku kropel wyskoku) wstrzykiwałem 2 królikom co drugi dzień po jednej strzykawce. Obydwom królikom zrobiłem po 49 wstrzykiwań, lecz mimo to żadne zmiany w tętnicy głównej nie powstały.

Digalen wstrzykiwałem jednemu królikowi po strzykawce dziennie; na ósmy dzień królik zginął; przy sekcyi w całej długości tętnicy głównej znalazłem znaczne zmiany o tych samych cechach, co i przy adrenalinie.

Strofantynę (0,1:100 wody) wstrzykiwałem co drugi dzień w ilości 4 podziałek zwykłej strzykawki Pravatza. Królik, ważący 1100,0 w ciągu miesiąca otrzymał 16 wstrzyknięć; przy sekcyi znalazłem liczne wapienne blaszki w całej długości tętnicy głównej.

Adonidynę (0,1:100 wody przekropl.) wstrzykiwałem królikowi co drugi dzień w ilości 0,5 (z początku), a potem po 1 strzykawce; w ciągu 64 dni otrzymał królik 33 wstrzyknięć. Przy sekcyi w tętnicy głównej znalazłem 2 blaszki, ostro odgraniczone od sąsiedztwa o średnicy 5—6 mm.

Nie będę szczegółowo opisywał zmian, widocznych gołem okiem i drobnowidowych, w tętnicy głównej pod wpływem digalenu, strofantyny, adonidyny, gdyż nie stwierdziłem żadnej różnicy od wyżej opisanych zmian po adrenalinie: i tu wapno odkłada się prawie wyłącznie w błonie środkowej; i tu też same zmiany błony zewnętrznej i wewnętrznej, naczyń odżywczych i włókien sprężystych. Jeżeli zachodzi jaka różnica, to tylko ilościowa, lecz nie jakościowa; stosunkowo najmniejsze zwapnienia powstały przy użyciu adonidyny. Wobec tego mówić o swoistych adrenalinowych zmianach tętnicy głównej, jak to czyni Erb, żadną miarą nie można, gdyż takie same zmiany wywołują i inne środki, mianowicie digalen, strofantyna, adonidyna i zapewne jeszcze wiele innych, których wpływu pod tym względem nie badano.

Zwróćmy się teraz znowu do pytania, od czego zależą zmiany w tętnicy głównej przy wstrzykiwaniu adrenaliny? Zdanie Josuégo i Külbsa już przytoczyłem. Rzętkowski za główną przyczynę uważa zwiększone ciśnienie krwi. Doświadczenia Brauna i Sturli przemawiają nieco przeciw temu poglądowi: obydwaj znaleźli zmiany w tętnicy głównej, chociaż pierwszy wstrzykiwał adrenalinę razem z azotynem amylowym, a drugi z metylaminobrenzkatechiną, która nie zwiększa ciśnienia krwi. Erb (w swojej pierwszej pracy) i Lissauer szukają przyczyny w naczyniach naczyń (*vasa vasorum*); według Lissauera wskutek częstych i silnych skurczów tych naczyniek pod wpływem adrenaliny powstają znaczne zaburzenia w odżywianiu błony środkowej naczyń, a następnie martwica wskutek niedokrwienia. W drugiej swojej pracy Erb przypisuje główne znaczenie szkodliwemu działaniu adrenaliny na gładkie mięśnie ściany tętnicy głównej; tegoż samego zdania są Sturli, Fischer i inni. Fischer mówi wprost o pierwotnej martwicy mięśni gładkich ściany naczyniowej.

Mojem zdaniem trujące działanie adrenaliny nie może mieć wielkiego znaczenia; takie same zmiany bowiem sprowadzają i inne środki, nie mające nic wspólnego z adrenaliną. O wiele większe znaczenie mają zmiany naczyń odżywczych (*vasa vasorum*). Całą sprawę można sobie przedstawić tak: pod wpływem adrenaliny naprzód zaczynają się zmiany w naczyniach naczyń (*vasa vasorum*); ścianki ich stają się jednolitemi (zwyrodnienie szkliste), śródbłonek rozrasta się aż do zupełnego zatkania ich światła. Pod wpływem zmniejszonego dopływu materyału odżywczego zaczynają się zmiany w błonie środkowej tętnicy głównej; komórki mięsne tracą swój rysunek, tracą jądra, rozpadają się na drobne grudki i t. d., jednem słowem rozwijają się w nich zmiany o cechach zamierania (*necrobiosis*). W te ogniska, uległe martwicy, odkłada się wapno; skupiając się w dużej ilości, wapno drażni otaczające tkanki i wywołuje w nich naciek komórkowy. W dalszym ciągu zaczynają się zmiany w błonie wewnętrznej naczynia: śródbłonek zwyradnia się, obumiera i t. d., ostatecznie powstają w niej ubytki. Zmiany włókien sprężystych rozwijają się drogą wtórną: gra tu rolę z jednej strony niedostateczny dopływ materyału odżywczego, a z drugiej strony rozwijający się naciek komórkowy. Pęknięcie włókien na granicy blaszek wapiennych i tkanki prawidłowej można objaśnić czysto mechaniczną przyczyną; między innemi przemawia za tem zwiększona falistość włókien na granicy blaszek wapiennych: z jednej strony ulegają włókna ciągle silnemu rozciąganiu, a z drugiej strony włókna, leżące w blaszce zwapniałej, są unieruchomione i przedstawiają jakby punkt stały dla zdrowych włókien. Widzimy więc, że główna przyczyna wszystkich zmian w tętnicy głównej przy wstrzykiwaniach adrenaliny leży w naczyniach odżywczych (*vasa vasorum*).

Zadziwiającem jest, w jak krótkim czasie odkłada się wapno w ścianie naczynia. Według Hansemanna ustrój roślinożernych zwierząt jest wogóle skłonniejszy do odkładania wapna (perlica u bydła rogatego i t. p.). Może tem można objaśnić tę okoliczność, że dotąd nie powiodło się wywołać wyżej opisanych zmian w tętnicy głównej u innych zwierząt: doświadczenia Erba na 2 małpach, Fischera na psach dały wyniki ujemne.

Z jakąż sprawą mamy do czynienia? Czy jest ona identyczna z miażdżycą u ludzi, czy też jest sprawą odrębną, nie spotykaną w patologii ludzkiej? Josué (21) uważa tę sprawę za typową miażdżycę tętnicy głównej, równoznaczną z miażdżycą u ludzi; tegoż samego zdania jest i Braun. Inni autorowie (Lissauer, Fischer, Marchand i t. d.) rozróżniają obie te sprawy; Fischer nadaje jej nawet osobną nazwę: *arterionecrosis*. Według Lissauera,

Erba w patologii człowieka tylko dwie sprawy patologiczne możnaby do pewnego stopnia porównywać ze zmianami w tętnicy głównej u królików pod działaniem adrenaliny. Są to 1) t. zw. kiłowe stwardnienie tętnic, któremu również towarzyszą zmiany w naczyniach naczyń (*vasa vasorum*) i w błonie środkowej naczyń z następczem odkładaniem wapna. 2) Takież same mniej więcej zmiany spotyka się u człowieka w błonie środkowej dużych tętnic kończyn, — cierpienie, które Marchand (22) i Mönckeberg (23) odróżniają od miażdżycy ogólnej.

Mnie się zdaje, że obecnie jeszcze zawcześnie mówić o zasadniczej różnicy sprawy, powstającej pod wpływem adrenaliny w tętnicy głównej u królików i sprawy miażdżycowej u człowieka: w obydwóch razach w gruncie rzeczy toczy się sprawa o cechach zamierania (*necrobiosis*). Prawda, u człowieka największym zmianom ulega błona wewnętrzna naczynia, u królika zaś środkowa; lecz i u królików, jakeśmy widzieli, w błonie wewnętrznej powstają zmiany, jakkolwiek w daleko mniejszym stopniu, niż u człowieka. Różnica ta, mojem zdaniem, da się łatwo objaśnić, jeżeli zwróci się uwagę na budowę tętnicy głównej u królików i u człowieka. Błona wewnętrzna człowieka jest dosyć gruba, u królików zaś na tyle cienka i delikatna, że czasami się zdaje, jakby śródbłonek leżał wprost na błonie środkowej (Josué). Wobec tego można przypuścić, że błona wewnętrzna królika może brać materyał odżywczy wprost ze krwi i dla tego jest do pewnego stopnia niezależną od naczyń odżywczych (*vasa vasorum*). Gruba zaś błona wewnętrzna tętnicy głównej u człowieka pod względem odżywiania całkiem zależy od naczyń odżywczych ściany (*vasa vasorum*), zwłaszcza ta część, która przylega do błony środkowej, nic więc dziwnego, że przy najmniejszych już zmianach naczyń odżywczych, co niewątpliwie następuje przy miażdżycy tętnicy głównej u człowieka, zaraz też zaczynają się zmiany w błonie wewnętrznej. Różnica, jak widzimy, nie tak znaczna, żeby rozróżniać te dwie sprawy. Nie trzeba przytem zapominać, że jedna i ta sama choroba u różnych gatunków zwierząt ma różny przebieg i t. d. Jednem słowem, odróżniać te dwie sprawy obecnie jeszcze jest zawcześnie i staranne badanie tej sprawy u królików niewątpliwie może wzbogacić nasze wiadomości, dotyczące miażdżycy u ludzi.

Piśmiennictwo. 1) Josué: Presse méd. 1903. Nr. 92, str. 798. — 2) Gilbert et Lion. Compt. rend. de la soc. de biol. 1889. — 3) Thérèse. Etude anatomo-patologique et expérimentale des artérites secondaires aux maladies infectieuses. Rozprawa paryska 1893. — 4) Crocq. Arch. de méd. exper. et d'anat. pathol. 1894, VI. str. 583. — 5) Według Thibierge w Revue des sc. méd. XLVII, str. 50. — 6) Boinet et Romary: Arch. de méd. expér. et d'anat. path. 1897, t. IX, str. 902. — 7) Jores: Wesen und Entwickelung der Arteriosklerose. Wiesbaden 1903. — 8) Erb: Według Berl. klin. Wochenschr. 1904, Nr. 17, str. 459. — 9) Rzentkowski: Berl. klin. Wochs. 1904, Nr. 31. str. 830—832. — 10) Fischer: Verhandl. des Kong. für innere Medizin XXII Zjazd. Wiesbaden 1905. str. 235—245. — 11) Sturli: Münch. med. Wochens. 1905, Nr. 13, str. 630. — 12) Braun: Ibidem 1905, Nr. 11, str. 533. — 13) Lissauer: Berl. klin. Wochs. 1905, Nr. 22. str. 675—677. — 14) Scheidemandel: Virchows Arch. 1905, t. 171. zesz. 1, str. 363—382.— 15) Külbs. Arch. f. exper. Pathol. u. Pharm. 1905, t. LIII, zesz. 2, str. 140—156. — 16) Według „Russkij Wracz" 1905, Nr. 27. str. 870. — 17) Josué: Presse méd. 1904, Nr. 36. — 18) Według „Wraczebnaja Gazieta" 1905, Nr. 29, str. 319. — 19) Erb: Arch. für exper. Path. u. Pharm. 1905, t. LIII. zesz. 3, str. 173—211. — 20) Według Lissauera p. 12.— 21) Josué: Journal de physiol. et de path. génér. 1905, t. VIII, Nr. 4, str. 690—699. — 22) Wedł. Erba p. 20. — 23) Mönckeberg: Virchows Arch. 1903, t. 171, str. 141.

Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie (prymaryusz dr. Bogdanik).

O przekrwieniu biernem według Biera ze szczególnem uwzględnieniem ran pooperacyjnych i zgorzeli starczej.

Podał

Dr. Artur Frommer

I sekundaryusz oddziału.

(Ciąg dalszy).

Przy stosowaniu przekrwienia celem doleczania po zabiegach operacyjnych z powodu gruźlicy kości ważną jest także ta okoliczność, aby przez jakiś czas po operacyi jaknajdokładniej stosować zwykłe postępowanie i dopiero po jakimś czasie, jeżeli ropa stale się wydziela w znacznej ilości lub jeżeli rany zbyt powoli się goją, zastosować krótkotrwałe (jednogodzinne) przekrwienie bierne. Jak ważne są te dwie okoliczności, pouczyły nas dwa przypadki, w których mało jeszcze wprawni w tym sposobie leczenia, przy bardzo daleko posuniętych zmianach chorobowych wykonawszy niedoszczętne operacye założyliśmy natychmiast opaskę. Na prośbę chorych, by opaskę, która sprawiała im ulgę, zostawić jak najdłużej, stosowaliśmy przekrwienie bierne przez 20—22 godzin na dobę. Pomimo stosunkowo dobrego podmiotowego stanu chorych cierpienie miejscowe posuwało się dalej. Pomimo, że pod wpływem opaski powróciła ruchomość zajętych stawów, powstawały coraz nowe ropnie zimne w ich okolicy, ciepłota się podwyższała z równoczesnem pogorszeniem się stanu tak ogólnego, jak i miejscowego, mimo, a może wskutek zastosowania przekrwienia biernego przez 22 godzin na dobę.

Leczenie pooperacyjne w gruźlicy stawów jeszcze wymaga większego doświadczenia, które o tyle trudniej nabyć, że w miarę ograniczania wskazań do operacyi wskutek postępów w leczeniu zachowawczem zmniejsza się też ilość przypadków operacyjnych.

Przy leczeniu gruźlicy posługiwaliśmy się w poszczególnych przypadkach (przy ropiejących gruczołach i ropniach zimnych) przyrządami Bier-Klappa, bardzo dogodnymi do aspiracyi wydzieliny ropnej. O przyrządach tych, wywołujących także przekrwienie bierne i nie wymagających specyalnej techniki, nadmienię tylko tyle, że są one bardzo wygodnym i dobrym sposobem leczenia, tak, że nawet ogromne zimne ropnie ustępują przy ich zastosowaniu całkowicie.

Metodzie Biera należy przyznać pierwsze miejsce w leczeniu zachowawczem gruźlicy stawów i kości. Należy się jej pierwszeństwo przed ustalaniem, bo ma tę zaletę, że zachowuje zupełnie sprawność stawów, nie wywołuje zaniku zdrowych mięśni i kości, który po zastosowaniu ustalających opatrunków następuje nieraz w bardzo znacznym stopniu. Nad wstrzykiwaniami jodoformu ma metoda Biera niezaprzeczoną przez to przewagę, że nie sprawia żadnych bolów. Nadto przy wstrzykiwaniach miąższowych wyjałowionej mieszanki jodoformowo-glicerynowej spostrzegaliśmy nieraz objawy zatrucia, nawet z wynikiem śmiertelnym; przy stosowaniu niewyjałowionej mieszanki mimo stwierdzonych jej własności przeciwgnilnych zachodzi [5]) przecież obawa zakażenia. Przytem prawie z reguły następuje po miąższowyc

[5]) Frommer, Panek: Über Jodoform-Intoxicationen. „Wiener medizinische Wochenschrift" 1899.

wstrzykiwaniach silny odczyn zapalny z podwyższeniem się ciepłoty. Musimy sobie także przypomnieć, że do stosowania wstrzykiwań w odstępach około 2-tygodniowych potrzebne jest znieczulenie, jużto miejscowe, jużto ogólne. Wszystko to stanowi ujemne strony leczenia wstrzykiwaniami. Czego jednak pominąć nie możemy, to tego, że jodoform oprócz korzystnego działania miejscowego działa także ogólnie dodatnio na cały ustrój już nieraz w kilka dni po wstrzyknięciu. Przez kilka tygodni po wstrzyknięciu można go wykrywać, jako stały składnik moczu. Jestto ważny szczegół, zwłaszcza u osobników wyniszczonych. Ten brak ogólnego działania możemy przy zastosowaniu przekrwienia zastąpić leczeniem wewnętrznem i wstrzykiwaniem arsenu lub jego przetworów.

Przez osiem lat, które przebyłem na oddziale, gdzie stosowano przeważnie leczenie zachowawcze, widziałem wprawdzie świetne wyniki także po wstrzykiwaniach jodoformowych, jednak stosunkowo nie były tak częste, wymagały pomocy czyto skomplikowanych przyrządów ustalających, czy też wyjazdu do miejsc kąpielowych. Przytem bardzo często powstawały nawroty wskutek jakiejkolwiek przyczyny. Na korzyść przekrwienia przemawia mniejsze niebezpieczeństwo tego środka, działanie, o ile w naszych przypadkach stwierdzić mogliśmy, znacznie wybitniejsze, zachowanie prawie całkowitej sprawności stawu, oraz, co najważniejsze, o ile to dzisiaj z nieobfitego jeszcze piśmiennictwa wnosić można, znacznie trwalsze wyniki. Osobiście co do trwałości wyników nie mogliśmy sobie jeszcze wyrobić zdania, gdyż nasze przypadki spostrzegaliśmy przeważnie stosunkowo zbyt krótko. Najmniej stosunkowo pomyślne wyniki mieliśmy przy zmianach stawu kolanowego, gdzie po nieudanych próbach leczenia przekrwieniem biernem w kilku przypadkach zmuszeni byliśmy chwycić się zabiegu operacyjnego. Niepomyślne wyniki w tych przypadkach stwierdził Bier już dawniej, przyczyn jednak tych niepomyślnych wyników, dotyczących wyłącznie stawu kolanowego, nie podaje. Wobec znakomitych postępów w technice przekrwienia biernego, jakie twórca tego sposobu leczenia w ostatnich latach poczynił, po jak najdokładniejszem przyswojeniu sobie tej techniki przez ogół lekarzy osiągnie ona należne jej miejsce na czele środków, służących do usunięcia gruźlicy kości i stawów. Tylko w przypadkach wyjątkowych posiłkować się będziemy jużto ustaleniem, jużto wstrzykiwaniem jodoformu, chlorku cynku, formaliny i t. p.

B) Sprawy zapalne (por. tabliczkę)

1) Ostre zapalenie szpiku kostnego (*osteomyelitis acuta*). Ogółem leczyliśmy przypadków 5. Były to przeważnie przypadki o przebiegu łagodnym. We wszystkich prawie przypadkach w okolicy miejsca chorego już wytworzył się ropień, po którego przecięciu i następowem założeniu opaski, chorzy po kilku lub kilkunastu tygodniach opuszczali oddział wyleczeni. I tutaj widzieliśmy, że tak powiem, swoiste działanie przekrwienia. Bole ustępowały bardzo szybko, taksamo wracała ruchomość kończyny, wogóle gojenie postępowało znacznie raźniej. Mimo, że w żadnym z tych przypadków nie sączkowaliśmy rany i pozostawialiśmy ją bez setonów, po zastosowaniu przekrwienia biernego nie spostrzegaliśmy żadnych powikłań, pochodzących z zatrzymania się wydzieliny ropnej po zasklepieniu się powierzchownem rany.

Czy wyleczenie w tych przypadkach było doszczętne, czy u chorych, którzy obecnie opuszczali oddział wyleczeni z wyraźnie wyczuć się dającem zgrubieniem kości, nie rozwinie się w przyszłości ponownie sprawa zapalna z wytworzeniem się martwaków, o tem na podstawie naszych zbyt krótkich spostrzeżeń stanowczo orzec nie możemy.

	Wyleczono	Z polepszeniem	Niewyleczon.	Razem
Osteomyelitis acuta	2	3	—	5
Osteomyelitis recidiva	4	2	—	6
Post sequestr.	8	—	—	8
Empyema processus mast.	3	—	—	3
Post trepanationem proc. mast.	4	1	—	5
Phlegmone	16	4	2	22
Gangraena senilis et praesenilis	4	1	—	5
Razem	41	11	2	54

Bier w obszernej swej kazuistyce, opartej na kilkuletniem doświadczeniu, przytacza także przypadki, w których mimo zastosowania przekrwienia musiano wykonać sekwestrotomię. I w tych jednak przypadkach zauważał on poprawę ogólnego stanu, wraz ze zmniejszeniem się przypadów miejscowych, jak to było również u naszych chorych. Przy stosunkowo jak najśpieszniejszem otwarciu istniejącego ropnia zastosowanie przekrwienia biernego stanowi znaczny postęp w sposobie leczenia, a w przyszłości przy wcześniejszem i ogólniejszem zastosowaniu tego środka wyniki, zgodnie z wynikami uzyskanymi przez Biera, będą prawdopodobnie znacznie lepsze. (C. d. n.)

Z powodu artykułu dra E. Stahra („Polyglobulia cum splenomegalia et cyanosi". *Przegl. lek.* Nr. 14).

Napisał

E. Biernacki.

Wyczerpujący referat dra Stahra nasuwa mi kilka uwag, które pozwalam sobie dorzucić do dyskusyi w omawianym przedmiocie. Mianowicie, nie przesądzając sprawy, radbym zapytać, czy istotnie »polyglobulia cum splenomegalia et cyanosi« jest »nową«, samoistną jednostką chorobową, nową »specyficznością« patologiczną, czy też jest to w gruncie rzeczy tylko wykwit tych powierzchownych dążeń klasyfikacyjnych, które w różnych działach współczesnej hematologii, dochodzą — rzec wolno — wprost do potworności?[1]).

Zapytać chcę, czy »polyglobulia cum splenomegalia« nie jest, — dzięki nadmiernemu rozwojowi pewnych objawów, — tylko postacią, odmianą kliniczną białaczki rzekomej (*pseudoleukaemia*)? Można, zapewne, replikować, iż samo pojęcie białaczki rzekomej nie jest dotychczas wyraźnie skrystalizowane, że np. to, co klinicznie przedstawia się jako białaczka rzekoma, anatomicznie w pewnych przypadkach silnie graniczy z nowotworzeniem, w innych okazuje się przy sekcyi gruźlicą gruczołów chłonnych. Ale znowu i przypadki »polyglobuliae cum splenomegalia«, — pomijając przytoczone w referacie dra Stahra przypadki gruźlicy śledziony, — ze swym przerostem śledziony (oraz często i wątroby)

[1]) Por. np. referat M. Sternberga w Ergebnisse der allgemeinen Pathologie Lubarscha i Ostertaga, 1905.

anatomicznie nie przedstawiają nic więcej, niż widujemy w całej seryi »typowej« białaczki rzekomej oraz prawdziwej. Co najważniejsza: i hematologicznie niema tutaj zasadniczych różnic: faktem jest bowiem, że w białaczce rzekomej wszelkich postaci klinicznych liczba ciałek czerwonych nietylko bardzo często pozostaje prawidłowa, ale nawet wcale nierzadko bywa wyraźnie wzmożona (polycytemia).

Fakt ten zaznaczałem w pracy swej »O sprawności leczniczej żelaza« (»Wiener medic. Wochensch.«, 1903, Nr 18—20. »Przegl. lekarski«, 1903), podając w przypisku kilka przykładów z własnej obserwacyi; podkreślam go także i w »Zarysie patologii krwi« (str. 37). Nie udało mi się dotychczas spotkać tak wybitnych wzmożeń ($8^1/_2$—9 milionów ciałek), jakie przytacza dr Stahr, ale to kwestya różnic ilościowych, które i w innych przypadkach polycytemii (np. przy cukrzycy, cholerze) mogą się wahać w szerokich granicach. O ile polycytemia dojdzie do bardzo wysokiego stopnia, będziemy mieć i sinicę, która, jak słusznie wywodzi dr Stahr, zdaje się pochodzić wprost z przepełnienia naczyń obwodowych ciałkami czerwonemi i w »nowej« chorobie nie jest też objawem stałym. Nie jest dla niej także swoistem w zestawieniu z białaczką rzekomą zachowanie się ciałek białych, ani pozostałe objawy, choćby np. krwawienia z dziąseł, gardła, które, jako wyraz tak zw. skazy krwotocznej, także wcale często można spostrzegać w białaczce rzekomej oraz prawdziwej. Pozostaje otwartem pytanie, skąd przy pseudoleukemii bierze się polycytemia; ale pytanie to, jak i w innych przypadkach wzmożenia liczby ciałek czerwonych, dotychczas kręci się tylko w sferze domysłów.

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. W. Loewenthal. **O krętkach jamy ustnej.** (*Mediz. Klin.* 1906, Nr. 11). Autor znalazł w ślinie z jamy ustnej chorej na raka żołądka liczne krętki różnego typu; zmian błony śluzowej jamy ustnej nie było. Szczególne zajęcie budzi różna postać znalezionych krętków, ułożonych obok siebie: jedne duże, grube, inne bardzo drobne, cieńsze, niż krętki blade, jedne o skrętach płaskich, szerokich, inne o wązkich, wysokich i t. d. L. nie zauważył jednak postaci przejściowych między tymi różnymi rodzajami. Jedne tylko ze spostrzeganych krętków miały na obu końcach witki; postać tych krętków była zawsze jednakowa, długość wynosiła 10—12 μ. Obok krętków znajdował także ciałka nieznanej przyrody, podobne do prątków wrzecionowatych, będące, być może, jakąś postacią rozwojową krętków. Na tych tworach stwierdził L. obecność witki, wychodzącej najczęściej ze środkowej części ciała, dłuższej ($1^1/_2$ raza) od długości ciała tworu i często przy nasadzie grubszej. *Krzyształowicz.*

W. Loewenthal. **Przyczynek do znajomości krętków.** (*Berl. klin. Wochs.* 1906, Nr. 10). W chorobach zakaźnych znaczenie etyologiczne pasorzyta potwierdza wywołanie czystą jego hodowlą zmiany takiej samej, jak ta, z której uzyskano hodowlę. W tych chorobach jednak, z których czystej hodowli mikroba otrzymać nie możemy, musimy przynajmniej żądać, aby mikrob nietylko dawał się wykazać zawsze w zmianach chorobowych, ale także, aby go w innych chorobach nie było. Ze względu na to, że krętek blady Schaudinna nie był całkiem wolny od zarzutu, iż znaleźć go można w innych zmianach chorobowych (w rakach), — przedsięwziął L. żmudne badania wydzielin powierzchni nabłoniaków u ludzi i u psów. Autor stwierdza, że krętek, znaleziony w wydzielinie raków, barwi się rozczynem Giemsy jasnoniebiesko (krętek Schaud. różowo), a błękitem metylenowym boraksowym już w kilku sekundach, gdy krętek blady nie barwi się wcale. Długość krętka z raków waha się między $2^1/_2$—6 μ, grubość $^1/_4$—$^1/_2$ μ. Często w środku ciała jest ten krętek znacznie grubszy, niż na końcach. Skręty jego są wązkie i strome, o połowę węższe od skrętów krętka bladego. Dlatego autor nazywa ten krętek: *spirochaete microgyrata.* Witek nie zdołał L. wykryć, a przypuszcza tylko istnienie błony falującej; — osobniki są zazwyczaj krótkie, a dłuższe krętki złożone są z 2—3 osobników. Obok takich krętków znalazł L. na powierzchni owrzodziałych nabłoniaków inne, które odznaczały się długością (5—11 μ) i grubością, skrętami płaskimi (do 2 μ). Rozczyn Giemsy barwił je wyraźnie niebiesko. Oba te rodzaje krętków leżały w preparatach obok siebie, nie można było jednak znaleźć postaci przejściowych od jednych do drugich, dlatego L. nie rozstrzyga, czy są to różne gatunki krętków, czy też tylko okresy rozwojowe jednego krętka. Obok krętków znajdował autor zawsze prątki wrzecionowate, o których można przypuszczać, że stoją w związku rozwojowym z krętkami. *Krzyształowicz.*

Schütz. **Badania krętka bladego i tworów Siegla** (*cytorrhyctes luis*). (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 12). Schütz stwierdza, że w wydzielinach zmian kiłowych znaleźć można łatwo nietylko krętki blade, ale obok nich i twory Siegla. Do badania brał zazwyczaj ciecz surowiczą, wyciśniętą z wykwitów kiłowych, po obmyciu ich wodą wyjałowioną, a do barwienia używał płynu Giemsy przez dobę, zmieniając go kilkakrotnie przez ten czas. We wszystkich preparatach ze świeżych guzków znajdował zawsze obok krętków bladych i załamujących światło także twory Siegla, nierzadko w dużych wiązkach lub kłębkach o ułożeniu promienistem. Prócz tego znajdował dużo krętków, jakby przejściowych między krętkiem bladym, a załamującym światło, wreszcie krętki tak cienkie, że gdyby grubość krętka była wyróżniającem znamieniem, trzebaby utworzyć trzecią grupę krętków, znajdowanych w zmianach kiłowych. Obok krętków zwyczajnych spostrzegał autor takie, których jeden koniec był tępy, drugi ostry i cieńszy. Inne znowu miały w najgrubszej swej części jasną przestrzeń, co wedle S. jest objawem podziału poprzecznego i jest przyczyną powstawania poprzednich postaci. Niektóre krętki miały bardzo różną grubość w rozmaitych miejscach swego ciała. Żadnym sposobem barwienia nie wykrył S. rzęsek. Na uwagę zasługuje stosunek krętków do krwinek czerwonych i tworów Siegla; nierzadko krętek otacza wyraźnym zarysem krwinkę czerwoną, albo leży na krwince, w której powstaje w około niego lub tworu S. jasna otoczka. Schütz przypuszcza, że znalezione obok krętków twory Siegla nie są czemś od tamtych różnem, lecz tylko inną postacią rozwojową tego samego pasorzyta. *Krzyształowicz.*

Borrel i Burnet. **O początkowych hodowlach prątka krętego** (*spirillum*) **kur.** (*Compt. rend. d. l. Soc. biolog.* LX, 11). Odkrycie krętka bladego wywołało ruch w pracowniach w kierunku poznania przyrody i innych pokrewnych mikrobów, których dotąd nie zdołano wyhodować. Przed paru miesiącami ogłosili Norris, Pappenheimer i Flourney, iż otrzymali początki hodowli prątka krętego Obermeyera, gdyż udało się im uzyskać wzrost w pożywkach krwistych, jedno przeszczepienie; — drugi raz przeszczepić już nie było można. Borrel i Burnet próbowali wyhodować prątka krętego kur w różnych pożywkach i otrzymali częściowo wynik dodatni. 1) Krew zakażonych kur zbierano do naczyń, które zatykano parafiną, wstawiano do cieczy oziębiającej i centryfugowano. Płyn zbierający się w górze centryfugowano jeszcze kilkakrotnie tak, że otrzymano ciecz całkiem przeźroczystą, a na dnie naczynia osad. Badanie mikroskopowe stwierdziło, że ciecz przeźroczysta zawiera bardzo skąpe prątki, osad zaś liczne. Po 1—2 dniach płyn mętniał nieco, opalizował, a badanie wykrywało obfite prątki. Podobnie jeżeli do osadu wlano ostrożnie bulionu, bulion w krótkim czasie zmętniał wskutek wzrostu prątków. Dowodzi to zatem, że w płynie tworzą się młode istoty, gdyż prątki mają skłonność do aglutynacyi i opadają na dno, a ciecz pozostałaby czystą, gdyby prątki w niej się nie rozmnażały. 2) Krew zakażonych zwierząt zbierano do rurek z cytrynianem sodowym i pozostawiono aż do opadnięcia ciałek. Ciecz, gromadząca się ponad osadem, początkowo całkiem przeźroczysta, mętniała wkrótce, opalizowała, a nawet zawierała nitki i drobniutkie ziarenka, które były złożone z wielkiej ilości prątków. Po przeniesieniu kropli tej cieczy z prątkami do surowicy, podobnie jak poprzednia przygotowanej z krwi niezakażonej, spostrzegano zmętnienie, dowodzące rozwoju prątków. Rozmnażanie to jednak trwa bardzo krótko, zmętnienie ustępuje i ciecz staje się znowu przeźroczystą. 3) Najwyraźniej widziano rozmnażanie się prątków we krwi odwłóknionej, a następnie centryfugowanej, przyczem gromadzi się w górnych warstwach ciecz bardzo przeźroczysta, ale silnie krwawa. — Spostrzeżenia te dowodzą, że autorowie otrzymali niejako zaczątki hodowli tych mikrobów, — spostrzeżenia takie nie są zresztą odosobnione w bakteryologii, ale prób tych nie można jeszcze nazywać hodowlami w ścisłem tego słowa znaczeniu. *Krzyształowicz.*

Doc. Kraus i Prantschoff. **Krętek cholery, a inne krętki.** (*Wiener klin. Wochs.* 1906, Nr. 11). Jeszcze w r. 1904 zauważył Kraus, że krętek cholery w hodowli bulionowej nie wytwarza hemotoksyn w przeciwieństwie do innych krętków, które tę własność posiadają. Stwierdzono dalej, że na płytkach agarowych z dodatkiem krwi królika po 24 godzinach przy 37° C. hodowle krętków, wytwarzających hemotoksyny, są przeźroczyste, otoczone brzegiem lakowatym, w przeciwieństwie do krętków cholery, które podłoża nie zmieniają i są nieprzeźroczyste. Co do ostatniej właściwości zdania autorów były podzielone. Pochodziło to stąd, że krew królika daje niepewne wyniki, to znaczy, że jeden i ten sam

szczep raz podłoże rozpuszczał, to znów nie. Dlatego polecają autorowie krew kozią lub wołu, która takich indywidualnych właściwości nie posiada. Autorowie stwierdzili, że tylko jeden krętek cholery Kocha ma własność wytwarzania w bulionowych pożywkach nierozpuszczalnych hemotoksyn, dalej, że na płytkach agarowych z dodatkiem krwi koziej lub wołu nie wywołuje hemolizy w przeciwstawieniu do innych, jak krętki Miecznikow-Denekego, Elversa, Finkler-Priora i inne. Dlatego polecają autorowie w celach rozpoznawczych ten sposób różniczkowania, jako jedną z metod obok innych, jak hodowle, odczynów biologicznych właściwych, aglutynacyi.
Dr. Łapiński.

Docent Słowcow. **O osobliwem białku, napotykanem niekiedy w prawidłowym moczu.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr. 7). Autor (Ptsbg.) zwraca uwagę na osobliwe białko, które się niekiedy zdarza w prawidłowym moczu. Taki mocz daje znamienne odczyny na białko: przy ogrzewaniu z dodatkiem kwasu octowego mocz mętnieje; odczyny Hellera i Robertsa dają dodatnie wyniki; kwas sulfosalicylowy sprowadza osad, kwas fosforowolframowy również osad, który daje odczyny biuretowy, ksantoproteinowy, Milona itd. Odczynnik Esbacha daje osad, który nie opada na dno albuminimetru nawet w ciągu 48 godzin. Ilość białka — 0,01 prc. do 0,02 prc., najwyżej 0,082 prc. Białko to zjawia się okresami i najczęściej się spotyka w rannych porcyach moczu. Ciężar właściwy moczu bywa prawidłowy; drobnowidowe badanie moczu także nie wykrywa nieprawidłowości. Najczęściej chorzy specyalnie wykształceni (lekarze, farmaceuci, studenci, medycy), sami zwracają uwagę na obecność białka. Staranne badanie tego białka stwierdziło, że należy ono do albumoz, ponieważ osad, otrzymywany na zimno od alkoholu i kwasu sulfosalicylowego, rozpuszczał się przy ogrzewaniu. Dalsze badania dowiodły, że to białko ma dużo wspólnego z albumozą, znajdującą się w nasieniu męskiem. I rzeczywiście badanie moczu, podjęte w tym kierunku, wykrywało zawsze obecność nasienia. Tak więc dla rozpoznania tego białka najlepszym odczynnikiem jest 1) kwas sulfosalicylowy, który wywołuje w takim moczu strąt, rozpuszczający się przy ogrzewaniu i 2) obecność w moczu chociażby niewielkiej ilości plemników.
Z. Orłowski (Ptbg.).

Klimenko. **Przyczynek do etyologii paratyfusu. Prątek paratyfusu B psa i stosunek jego do prątka duru brzusznego.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr. 2). Autor zwraca uwagę na nieznane dotąd źródło rozpowszechnienia paratyfusu. W 1903 r. powiodło się autorowi wyhodować z wątroby i krezki zupełnie zdrowego 4-miesięcznego szczenięcia prątka z grupy laseczników Gaertnera. Szczegółowe porównawcze badania tego prątka z *bacil. enterit.* Gaertnera i paratyfusu B (otrzymanych od Krala z Pragi) przekonały autora, że wszystkie te 3 prątki niczem zgoła od siebie się nie różnią; wszystkie 3 bakterye rosły zupełnie jednakowo na pożywkach, znamiennie dla prątka paratyfusu B; doświadczenia na zwierzętach dowiodły, że wyhodowany prątek jest bezwarunkowo szkodliwym dla białych myszy i szczurów, morskich świnek, królików, kotów, gołębi, stosunkowo szkodliwym dla szczeniąt, a zupełnie nieszkodliwym dla dorosłych psów. Przesącz bulionowych hodowli, jak również same hodowle, zabite przy 100° C. (15 min.), zabijały zwierzęta w ciągu 2 dób. Toż same wyniki dały równoległe badania na zwierzętach z *bac. enteritidis* Gaertnera i paratyfusu B. Autor starał się wywołać u psów i u królików odporność względem wyhodowanego prątka; królik zginął na 32-gi dzień uodporniania, a z psa uzyskano krew w 38-mym dniu uodporniania. Surowica psa wywołała sklejanie się (aglutynacyę) homologicznego mikroba w rozcieńczeniu 1: 1600, prątków paratyfusu B — w rozcieńczeniu 1/800, a *bac. enteritidis* Gaertnera nie ulegał aglutynacyi wcale. Na podstawie wszystkich tych danych autor zalicza wykryty prątek dla grupy paratyfusu B, i dla oznaczenia jego pochodzenia nazywa go *bac. paratyphosus B e cane.* Prątek ten jest nadzwyczaj jadowity; zasiany na wyjałowionem mleku zachował swoją jadowitość nawet przez 1 rok 4 mies. Mleka prątek ten wcale nie peptonizuje, prześwietlenie zaś mleka zależy od wciąż zwiększającej się alkaliczności wskutek rozrastania się bakteryi. Doniosłość tych badań nie ulega wątpliwości i może w ten sposób trzeba objaśnić zjawianie się pojedynczych przypadków paratyfusu, a nawet i całych jego epidemii.
Z. Orłowski (Ptbg.).

PEDYATRYA. Binswanger. **O częstości gruźlicy w pierwszym roku życia.** (*Arch. f. Kinderhk.*, T. 43). W przeciwieństwie do dorosłych, u których, jak to stwierdziły badania Nagelego, w 97 prc. na 100 badanych zwłok można stwierdzić ślady ognisk gruźliczych, spotyka się u dzieci w pierwszym roku życia gruźlicę na stole sekcyjnym stosunkowo rzadko. Na 532 zwłok niemowląt, pochodzących z drezdeńskiego zakładu dla osesków, gruźliczych było 36, zatem 6·8 prc. Najmniejszy odsetek wykazuje pierwszy kwartał życia (2·2 prc.); drugi — 8·4 prc.; trzeci i czwarty 16·8 prc. O ile gruźlica w pierwszym roku życia zdarza się dość rzadko, o tyle przebieg jej jest zawsze śmiertelny; skłonności do ograniczania się i gojenia ognisk gruźliczych brak w tym wieku zupełnie. *Żeleński.*

Salge. **Znaczenie zakażenia u noworodków i osesków.** (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1905, Nr. 28). Autor przypomina, iż lekkie miejscowe zakażenia, które u dorosłych ledwie na siebie zwracają uwagę, u niemowląt mogą się stać punktem wyjścia ciężkich zaburzeń w ogólnym stanie zdrowia, a nierzadko i życiu zagrażać. Najdostępniejszem miejscem dla takich zakażeń jest u noworodka pępek, dalej błona śluzowa jamy ust, nosa, wreszcie skóra. Autor dołącza szereg wskazówek leczniczych. *Żeleński.*

Kohl. **Przyczynek do znajomości choroby Barlowa.** (*Archiv f. Kinderheilk.*, T. 43). Autor spostrzegał trzy przypadki tej rzadkiej choroby; wszystkie trzy dotyczyły sztucznie żywionych niemowląt. Autor skłania się do zapatrywania, podzielanego dziś przez większość autorów, że choroba Barlowa jest gnilcem niemowlęcym, który powstaje podobnie, jak gnilec dorosłych, przez pewne błędy i braki w żywieniu i ustępuje szybko pod wpływem podawania świeżych środków żywności. *Żeleński*

Binswanger. **O próbnych wstrzykiwaniach tuberkuliny u dzieci.** (*Arch. f. Kinderheilk.*, T. 43), Wobec wielkiej częstości ognisk gruźliczych utajonych, klinicznie zupełnie nieczynnych, posiada próba tuberkulinowa u dorosłych większe znaczenie w razie ujemnego, niż w razie dodatniego wyniku. Inaczej u dzieci w pierwszych latach życia. Im bardziej zbliżamy się do wieku niemowlęcego, tem rzadziej pojawia się gruźlica, ale tem bezwzględniej i szybciej staje się przyczyną zejścia śmiertelnego. Stąd stanowcze stwierdzenie gruźlicy zapomocą próby tuberkulinowej u dziecka, a tem bardziej u niemowlęcia, miałoby rozstrzygające znaczenie. Autor wykonał w drezdeńskim zakładzie dla osesków około 1000 szczepień u 261 niemowląt i stwierdził, iż u wszystkich dodatnio oddziałujących znaleziono przy sekcyi gruźlicę, zaś u tych, u których oddziaływania nie było, a które przypadkowo zmarły z innych przyczyn, nie wykryto przy sekcyi gruźlicy. Przy dokładnem zachowaniu przepisów Kocha wstrzykiwania tuberkuliny są zupełnie nieszkodliwe; zatem próba tuberkulinowa u dzieci, jako bardzo pewna, a nieszkodliwa, zasługuje na polecenie. *Żeleński.*

Schlossmann. **O powstawaniu gruźlicy w pierwszem dzieciństwie.** (*Archiv f. Kinderheilk.*, T. 43). Autor, jak to sam stwierdza na wstępie, uważał do niedawna zakażenie przez narząd oddechowy za główną drogę, jaką gruźlica się dostaje do ustroju dziecięcego; odrzucał natomiast zupełnie zakażenie przez przewód pokarmowy, a przenoszenie zarazka drogą dziedziczności uważał za zjawisko niezmiernie rzadkie i dlatego nie mające praktycznej doniosłości. Obecnie zmienił S. zupełnie zapatrywania. Możliwość przejścia prątków gruźliczych do płodu przez łożysko uważa autor za udowodnioną od czasu badań Schmorla i Geipela. Że pomimo to gruźlicę wrodzoną spotyka się niezmiernie rzadko, tłómaczy S. przypuszczeniem, iż prątki gruźlicze przebywają jakiś czas w ustroju, nie wywołując zmian gruźliczych, może utajone w jakiejś odrębnej, dziś nam nieznanej trwałej postaci. Byłoby to zatem utajone zakażenie, nie zaś utajona gruźlica. Przypuszczenie to uzasadnione jest wobec tego, że ustrój noworodka sam przez się nie jest zdolny do obrony przeciw gruźlicy. Takie utajone zakażenie w przeciwieństwie do utajonej gruźlicy nie daje odczynu na tuberkulinę. Co do zakażenia przez przewód pokarmowy, to S. w zupełności przyłącza się do poglądów Behringa, odkąd wyjaśniło się, że Behring miał na myśli nietyle zakażenie gruźliczem mlekiem, ile prątkami gruźliczymi innego pochodzenia, które dostają się na wargi lub do ust dziecka i z mlekiem zostają połykane. Najważniejszem zatem źródłem zakażenia niemowlęcia byłaby wobec tego gruźlica u osób, otaczających dziecko. Prątek gruźliczy, z przewodu pokarmowego z łatwością wessany, może przejść przez najbliższe gruczoły chłonne, nie osiedlając się w nich i dostać się do obiegu krwi. Dopóki krew bieży szybkim strumieniem, zdążając do prawej komórki, nie mogą się prątki gruźlicze nigdzie zatrzymać, ani osiedlić; dopiero gdy krew rozlewa się szerokiem łożyskiem w naczyniach włosowatych płuc, powstają doskonałe warunki dla osadzania się prątków. S. zaznacza, iż nietylko jelita uważa za wrota zakażenia gruźliczego, lecz wogóle przewód pokarmowy w jego całej długości. W przeciwieństwie zatem do dawnych swych poglądów stawia obecnie S. zakażenie niemowlęcia drogą narządu oddechowego na ostatniem miejscu.
Żeleński.

Engel. **W sprawie metody oznaczania tłuszczu w mleku kobiecem.** (*Arch. f. Kinderheilk.*, T. 43). Ilość tłuszczu w mleku w różnych okresach jednego karmienia znacznie się różni, dlatego należy zbadać mieszaninę z kilku próbek mleka, odciągniętych z piersi na początku, podczas i na końcu aktu ssania. Odstępy bra-

nia próbek muszą być równomierne, nie co do czasu, jak to błędnie czynił Gregor, lecz co do ilości mleka, wyssanego przez dziecko, gdyż, jak wiadomo, w pierwszych minutach ssie dziecko znacznie żywiej, niż w następnych. Zachowując te ostrożności stwierdził E., iż mleko, które wypija zdrowe, dobrze ssące dziecko w ciągu jednego posiłku, zawiera ilość tłuszczu, równomiernie wzrastającą w miarę aktu ssania. *Żeleński.*

Engel. 1) **Tłuszcz pokarmów, a tłuste mleko.** 2) **O źródłach tłuszczu mleka i siary i o siłach działających przy wytwarzaniu się mleka.** (*Archiv für Kinderheilkunde*, tom 43). Autor podaje następującą teoryę mechanizmu wytwarzania się mleka: Pewne istoty, wytwarzane przez nabłonek kosmówki, wywierają pobudzający wpływ na gruczoły mleczne i doprowadzają je w okresie ciąży do szczytu rozwoju. Skoro pobudka ta ustaje, rozpoczyna się przeobrażenie wsteczne. Ażeby bronić swojego zagrożonego istnienia, komórki gruczołu przyciągają z ustroju substancye odżywcze, a następnią wydzielają je na zewnątrz, oczywiście w przeobrażonej postaci. W czasie karmienia akt ssania zastępuje działanie pobudzające, jakie poprzednio wywierała obecność łożyska; bez tego podrażnienia natychmiast zanika czynność gruczołu. W przerwach pomiędzy ssaniem powstaje natychmiast skłonność do przeobrażenia wstecznego: następstwem jej jest dowóz składników odżywczych, które znów akt ssania odprowadza na zewnątrz. Te zatem kolejno działające czynniki sprowadzają dowóz materyału, z którego komórki, wyposażone swoistemi własnościami wydzielniczemi, wytwarzają mleko. Co do stosunku tłuszczu ciała i pokarmów do tłuszczu mleka, to stwierdził E., iż tłuszcz siary identyczny jest z tłuszczem ciała, zaś tłuszcz mleka nie. W wytwarzaniu tłuszczu mleka bierze udział oprócz tłuszczu ciała tłuszcz pokarmów, co autor stwierdził doświadczalnie. *Żeleński.*

NEUROLOGIA I PSYCHIATRYA. D. Hammer. **O porażeniach mięśni ocznych wskutek ołowicy i zatrucia nikotyną.** (*Zeitschr. f. Nervenheilk.* T. 29, Z. 3—4). Przypadki porażenia mięśni ocznych, stojące w związku z ołowicą, są same przez się dość rzadkie, a między nimi należą do najrzadszych obustronne porażenia nerwu odwodzącego, jakie właśnie H. stwierdził. Co do porażeń wskutek zatrucia nikotyną, to w piśmiennictwie znajdują się tylko 2 przypadki porażenia nerwu okoruchowego, które ustąpiło po pewnym okresie czasu, gdy chorzy wstrzymali się zupełnie od palenia tytoniu. W przypadku, przytoczonym przez H., bystrość wzroku była upośledzona, prócz tego wykazano mroczki; jako przyczynę tego stwierdzono toksyczne zapalenie nerwu wzrokowego pozagałkowego; przytem były jeszcze porażone lewy nerw okoruchowy i odwodzący. Ponieważ nie było żadnych objawów wiądu, a z drugiej strony wiadomo, że mroczki i zapalenie nerwu stanowią najważniejsze znamiona zatrucia nikotyną, przeto i porażenie mięśni ocznych należało uważać za skutek tego samego czynnika. *Korm.*

H. Curschmann. **Przyczynek do etyologii i symptomatologii syryngomyelii; (jej powstanie urazowe — jej stosunek do histeryi).** (*Zeitschr. f. Nervenheilk.* T. 29, Z. 3—5). W najnowszych czasach poważni badacze, jak Schultze, Hoffmann, Schlesinger, Wagner-Stolper starali się dowieść, iż między urazem, a syryngomelią zachodzi pewien związek przyczynowy; a chociaż Kienböck na podstawie krytycznego rozbioru prac tych badaczy zdaniu ich się sprzeciwia, to jednak Curschmann sądzi, iż dalsze spostrzeżenia związek ten napewno udowodnią. Przytoczywszy 6 przypadków syryngomyelii, zastanawia się C. nad rodzajem urazu, jakoteż nad okresem czasu, jaki zwykle upływa od chwili wypadku aż do wystąpienia niedwuznacznych objawów chorobowych. Zbijając zdanie Eulenburga, jakoby uraz naprzód wywoływał wstępujące zapalenie nerwów, które później stanowi czynnik etyologiczny dla syryngomyelii, przypuszcza C., iż powstanie sprawy chorobowej lepiej wytłómaczyć sobie możemy w podobny sposób, jak przy zakażeniu tężcowem, gdzie toksyny, wnikając wzdłuż nerwów, wywierają wpływ szkodliwy na ośrodki nerwowe, a nie na same nerwy; według autora nietylko toksyny mogą działać szkodliwie, ale także ubytek wpływu odżywczego ze strony obwodu. Za dalszy czynnik przyczynowy uważa C., taksamo jak Erb, współdziałanie wstrząśnienia rdzenia z nadwerężeniem lub wzmożoną czynnością niektórych ośrodków nerwowych z tem jednak zastrzeżeniem, iż syryngomyelia następuje w takich razach tylko u osobników z wrodzoną skłonnością do bujania gleju lub też pierwotnem zniekształtnieniem rdzenia, nie zaś u ludzi, posiadających rdzeń zupełnie prawidłowy. Przechodząc do omówienia stosunku, jaki zachodzi między syryngomyelią a histeryą, przyznaje C., iż odróżnianie objawów histerycznych, szczególnie naśladowanych, od organicznych objawów syryngomyelii niezawsze jest łatwe, zwłaszcza jeżeli obie sprawy chorobowe zbiegną się u jednego i tego samego osobnika. Przy rozpoznaniu różniczkowem należy przedewszystkiem mieć na oku zboczenia czucia, przestrzeń, jaką one zajmują i sposób odgraniczenia od prawidłowych części ciała; pamiętać trzeba, iż prawdziwa dysocyacya czucia dotyku, bolu i ciepłoty cechuje prawie zawsze syryngomyelię, upośledzenie zaś czucia i odruchów błon śluzowych, jakoteż równomierne przytępienie czynności zmysłowych spotyka się wyłącznie przy histeryi. Co się tyczy ruchomości dowolnej, to zanik zwyradniający, jakoteż niedowład i przykurczenia, stale się wzmagające, przemawiają za syryngomyelią. Odruchy ścięgniste w histeryi są cokolwiek słabsze, niż w stanie prawidłowym, w syryngomyelii natomiast są zniesione w mięśniach dotkniętych zanikiem. Ze zmian odżywczych i naczynioruchowych tylko znaczniejsze, (nie dające się u chorych na histeryę sztucznie wywołać), jak n. p. zanokcice, zmiany stawów itp., mają wartość rozpoznawczą na korzyść syryngomyelii. Zapamiętać nareszcie się godzi, iż wszystkich objawów ze strony nerwu współczulnego (a więc objawów zbiorowych Hornera, połowiczych zboczeń wydzielniczych i naczynioruchowych) osoby chore na histeryę nie mogą naśladować; objawy takie przemawiają więc wyłącznie za syryngomyelią. *Korm.*

Prof. Orszanskij. **Wiąd rdzenia i „objaw kąta kolanowego“.** (*Prakticzeskij Wracz* Nr. 9, 1906). Jak wiadomo, w wiądzie rdzenia znajdujemy bardzo często znacznego stopnia utratę sprężystości i rozluźnienie więzadeł w stawach kończyn dolnych, a w szczególności w stawie kolanowym. Badając cały szereg tabetyków, znalazł autor jeden znamienny objaw, który nazwał „objawem kąta kolanowego“. Polega on na tem, że jeśli u tabetyka, leżącego na wznak na łóżku, jedną ręką ustalimy staw kolanowy, drugą zaś będziemy starali się unieść goleń, trzymając za stopę, to bardzo często uda się nam ten zabieg wykonać, przyczem goleń z udem wytworzy kąt tępy, a z pościelą łóżka kąt ostry, dochodzący nieraz do 15, a nawet do 20 stopni. Objaw ten spostrzegał O. prawie we wszystkich przypadkach wiądu, a także w niektórych chorobach przewlekłych rdzenia kręgowego, zwłaszcza jeśli oprócz zmian poraźnych istniał równocześnie i zanik mięśni, — wreszcie niekiedy i u dzieci po przebyciu krzywicy; natomiast objawu tego nigdy nie było przy porażeniach pochodzenia ośrodkowego; u tabetyków zaś ze znacznie posuniętym już bezładem objaw ten prawie nigdy nie zawodził. Objaw często występuje niejednakowo wybitnie na obydwóch kończynach; w tej, na której powstaje większy kąt, zawsze silniej rozwinięte są bezład, upośledzenie czucia mięśniowego i brak odruchów ścięgnistych. W daleko posuniętych przypadkach wiądu, gdzie wytworzyły się zgrubienia (*hyperostoses*) na końcach kości udowej i goleni, gdzie tem samem powstało znacznego stopnia unieruchomienie, objaw ów staje się mniej wybitnym. Objawowi kąta kolanowego mogą towarzyszyć i inne objawy chorobowe: i tak rzepka staje się często bardzo ruchomą i nieraz daje się podnieść tak wysoko, że można pod nią dość swobodnie podsunąć palec. Wszystkie te zmiany są, zdaniem autora, skutkiem zwiotczenia mięśni, osłabienia i utraty sprężystości więzadeł stawowych. — W końcu swej pracy wypowiada O. przypuszczenie, że bezład u tabetyków w znacznej części zależy od zmian natury czysto fizycznej, zachodzących w stawach wogóle, a w stawach kolanowych w szczególności, a wiodących do utraty sprężystości otaczających stawy tkanek i więzadeł stawowych. Stosownie do tych swoich spostrzeżeń autor stosował w kilkunastu przypadkach wiądu rdzenia ze znacznie już rozwiniętym bezładem kończyn dolnych, przyrządy w postaci pierścieni, szerokości 10—12 ctm., które nakładał chorym na stawy kolanowe i dość silnie ściągał, czem starał się przywrócić właściwą im fizyologiczną sprężystość; wyniki były o tyle pomyślne, że bezład znacznie się zmniejszył i chód chorych stał się o wiele pewniejszym. *Bolesław Swolkień* (Ptbg.).

CHIRURGIA. Prof. Krawkow. **W sprawie stosowania soli magnowych do znieczulenia.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr. 5). Ostatnimi czasy zaproponował Meltzer do znieczulenia wstrzykiwania 25 prc. rozczynu siarkanu magnowego. Profesor Krawkow (Ptbg.) na podstawie swoich doświadczeń na zwierzętach ostrzega przed użyciem tego środka. Mocne rozczyny (25 prc.) soli magnowych działają na nerwy nie swoiście, jak n. p. kokaina, lecz jedynie fizycznie, nie różniąc się niczem od mocnych rozczynów innych soli, jakoto — 25 prc. $NaCl$, Na_2SO_4, $CaCl_2$, $BaCl_2$. Przy działaniu wszystkich tych soli na obnażony nerw kulszowy u żaby, na miejscu podrażnienia przez 40—50 min. zdolność przewodzenia podniet czuciowych i ruchowych zanikała zupełnie: podrażnienie nerwu niżej miejsca działania środka nie wywoływało żadnego oddziaływania ze strony zwierzęcia, a tylko skurcze kończyny, podrażnienie zaś wyżej miejsca działania środka dawało wyniki odwrotne; przy działaniu soli następuje przeto prawie jednocześnie porażenie czuciowych i ruchowych włókien nerwu. Działanie to następuje wskutek odjęcia wody, ścinania białka i innych grubych zmian protoplazmy nerwowej; takie środki nie mogą się oczy-

wiście nazywać znieczulającymi, jakim jest kokaina, działająca molekularnie chemicznie. *Z. Orłowski* (Ptbg.).

Lewin. **Przypadek obfitego wypływu cieczy mózgowordzeniowej z zewnętrznego przewodu słuchowego przy nienaruszonej błonie bębenkowej.** (*Russkij Wracz* 1906, Nr. 5). Chora, 14-letnia dziewczynka, zwróciła się do L. skarżąc się, że z lewego ucha w ciągu ostatnich 2 tygodni wypływa jej ogromna ilość przezroczystego wodnistego płynu, do 3 litrów na dobę; płyn wypływał 5—6 razy w ciągu dnia po 1—2 szklanek; w nocy poduszka przemakała nawskróś. Chora przed 15 dniami upadła w tył i uderzyła się lewym uchem o róg pieca; w następstwie przeszła silne bole głowy, kłucie w uchu i zawroty głowy, co trwało 3 doby; przytomności chora nie straciła, krwotoku z ucha nie było. Na 3 dzień po tym wypadku zjawił się wypływ z ucha, stopniowo coraz znaczniejszy. Zresztą chora czuje się zupełnie dobrze. Przy badaniu znaleziono: ścianki kostnej części przewodu słuchowego obrzmiałe, czerwone i nadzwyczaj bolesne przy dotknięciu. Błona bębenkowa zupełnie cała, bez pęknięć i przedziurawień; żadnych śladów krwotoku. Staranne nadzorowanie chorej dowiodło, że o żadnej symulacyi mowy być nie może. Choroba trwała 3 tygodnie; najwięcej wyciekało płynu (2—3 litry na dobę) w ciągu 2-go i z początkiem 3-go tygodnia choroby. Przy badaniu okazał się płyn cieczą mózgowordzeniową. Najprawdopodobniej płyn wyciekał ze szczeliny podstawy czaszki — z tej części, która stanowi górną granicę zewnętrznego przewodu słuchowego. Jedyny podobny przypadek opisał jeszcze tylko Zaufal. Najciekawsze w danym przypadku jest to, że tak duża utrata cieczy mózgowordzeniowej w ciągu długiego czasu nie wywarła ujemnego wpływu ani na mózg, ani na układ nerwowy, ani na ogólny stan chorej. *Z. Orłowski* (Ptbg.).

Gebele i Ebermayer. **Leczenie gruźlicy stawów.** (*Münch. med. Wochenschr.* 1906, Nr. 13). Zapatrywania chirurgów w sprawie leczenia gruźlicy stawów różnią się jeszcze bardzo. Jedni chirurdzy są skrajnie konserwatywni, drudzy znowu bardzo radykalni. Jednakże każde jednostronne stanowisko jest tu błędne, bo w leczeniu gruźlicy stawów ma główne znaczenie przedewszystkiem to, z jakim stawem ma się do czynienia. Garrè n. p. leczy zachowawczo gruźlicę stawu barkowego, biodra i ręki, a radykalnie gruźlicę łokcia, kolana i stopy. Klinika monachijska postępuje podobnie, a nadto trzyma się ogólnej zasady, że postępowanie powinno być temwięcej zachowawcze, im chory jest młodszy. Promienie Röntgena w ocenieniu zmian gruźliczych niestety niewielkie oddają usługi. Przy wyborze postępowania rozstrzyga oczywiście przedewszystkiem stan ogólny chorego. Pozastawowe ogniska powinny być jak najrychlej i jak najenergiczniej operacyjnie usunięte. Co do samego leczenia, to zachowawcze w klinice monachijskiej odbywa się z pomocą przyrządów ustalających z gipsu, szkła wodnego lub celluloidu. Prócz nich stosuje się także z dobrym wynikiem, gdzie można, wyciąganie plastrowe, zwłaszcza przy przykurczeniach. Przyrządów Hessinga, Lorenza i Hoffy nie stosują w monachijskiej klinice z powodu ich wysokiej ceny i niepewności w ustaleniu stawu. Do stawu przeważnie wstrzykują mieszankę jodoformową co 2 tygodnie w ilości 5—10 ctm.³ u dorosłych, 1—5 ctm.³ u dzieci. Wysięk aspirują się przedtem. Przekrwienie Biera stosować można tylko wobec przetok i wielkiej bolesności stawów. Bardzo dobre wyniki daje przekrwienie, użyte równocześnie z ustaleniem stawu. Co do wstrzykiwań formaliny do stawów, to autorowie wielkiego doświadczenia nie mają, choć wyniki są zachęcające. Wstrzykiwania te są jednak bardzo bolesne. W każdym przypadku należy stosować bardzo energicznie leczenie ogólne (nacierania szarem mydłem, wysyłanie dzieci na świeże powietrze i t. d.). W razie operacyi u dzieci należy szanować chrząstkę nasadową o ile możności i wykonywać zabiegi atypowe. Wyniki operacyjne zestawił z kliniki monachijskiej Ebermayer: operacyjne leczenie daje 41·3 prc. trwałych wyleczeń, a 5·8 prc. śmiertelności. U starszych w razie rozwiniętej gruźlicy najpewniejszym sposobem leczenia jest jedynie amputacya. *A. E. Klęk.*

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Mayer. **O sajodynie.** (*Derm. Zeitschr.* T. XII, Z. 3, 1906). Pod tą nazwą wprowadzili w lecznictwo E. Fischer i Mering nierozpuszczalną w wodzie sól wapniową kwasu jodowego, zawierającą 26 prc. jodu. Sajodyna nadaje się wyłącznie do podawania wewnętrznego w postaci proszków. Przy podawaniu nawet dużych dawek tego środka, bo do 6 grm. na dzień dochodzących, nie zauważył autor żadnych objawów zatrucia. Środek ten stosował M. w różnych postaciach kiły u blizko 100 chorych. W przypadkach późnej kiły, szczególniej nadających się do leczenia jodem, sajodyna bardzo rychło usuwa zmiany. Objawy kiły mózgu obok kilaków na głowie ustępowały w ciągu 4 tygodni po podaniu 30—40 grm. sajodyny. *Stopczański.*

A. Strełkow. **Leczenie róży drożdżami piwnemi.** (*Wojenno-medicinskij Żurnal.* Sierpień, 1905). Autor w 30 przypadkach róży stosował leczenie drożdżami piwnemi. Chorym podawano świeże drożdże trzy razy dziennie po stołowej łyżce w pół szklance piwa. Świeże drożdże przechowywano w zimnej wodzie i nie dłużej nad trzy dni. Wyniki, do których doszedł S., są następujące: *a*) Choroba znacznie słabiej się szerzyła. *b*) Przebieg choroby był krótszy i lżejszy, chociaż zdarzały się nawroty; przeciw nawrotom radzi autor używać drożdży aż do zupełnego zniknięcia zaczerwienienia i powrotu ciepłoty do poziomu prawidłowego. *c*) W niektórych przypadkach drożdże przerwały chorobę. *d*) Przy leczeniu drożdżami można nie używać innych środków, jeśli nie liczyć stosowania lodu na głowę w razie bardzo wysokiej gorączki. *e*) Ciepłota w większości przypadków opada nagle przełomowo, równolegle z ustępowaniem choroby. Autor twierdzi, że ze środków zalecanych dotychczas przeciwko róży, drożdże są środkiem najlepszym. *Dr. W. Kozłowski* (Ptbg.).

Tomasczewski. **O nowym sposobie barwienia włosów.** (*Münch. med. Woch.*, 1906, 8). Na barwę włosów składają się trzy czynniki: barwa właściwa komórek włosowych, barwik leżący w komórkach i zawartość powietrza. Zmiana stosunku tych trzech czynników jest powodem zmiany barwy włosów. Najwybitniejszy wpływ w tym kierunku ma zmiana zawartości powietrza. Ponieważ oprócz przyjmowania przez włos większej ilości powietrza nieznaną jest dotąd istotna przyczyna siwienia włosów, dlatego też nie można w sposób naturalny przywrócić włosom pierwotnej barwy i udaje się to jedynie zapomocą sztucznych sposobów. W tych celach używano jako barwików soli rozmaitych metali i soków roślinnych. Większa część tych barwików mineralnych i organicznych posiada jednak pewne własności, z powodu których może działać szkodliwie na skórę pokrytą włosami i cały ustrój.

Autor odstąpiwszy od stosowanego w nowszych czasach amidodifenylaminu, ponieważ ten środek wywołuje bardzo często silne podrażnienie skóry, zastosował w celu barwienia włosów mieszaninę kwasów aminosiarkowych, znaną pod nazwą eugatolu. Na podstawie doświadczeń u 70 osób, u których nie zauważył najmniejszego podrażnienia skóry ani innych szkodliwych następstw, poleca autor eugatol jako środek, zupełnie odpowiadający wymogom higienicznym i dający trwałe i dobre zabarwienie. *Stopczański.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 21 marca 1906 r. w klinice lekarskiej.

Obecnych członków 25. Przewodniczy kol. doc. Rutkowski, który wita jako gościa kol. Henryka Rupperta z Ciechocinka.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

II. Kol. doc. Lemberger przedstawia imieniem **komisyi** przemysłowo-lekarskiej do polecenia Towarzystwa lekarskiego: *a*) chlebiki wyrobu Gurgula dla chorych na cukrzycę, *b*) tran jodowo-żelazisty aromatyczny wyrobu dr. Franzosa, *c*) przetwory z fabryki »Beskid« w Białej: kreseptol, septosol, lithantrol, viscogen, formasol. Przyjęto.

III. Kol. prof. Jaworski i kol. Korolewicz przedstawiają rzecz **o krwotokach utajonych** i okazują dotyczące odczyny. (Przeznaczone do druku).

IV. Kol. prof. Jaworski przedstawia **stosowanie łojn baraniego** (*sebum ovile*) **jako masy pigułkowej.** (Rzecz przeznaczona do druku).

V. Kol. prof. Jaworski przedstawia następujące cztery przypadki z kliniki lekarskiej:

a) **Menstruatio vicaria sub forma purpurae simplicis.** L. Dz. 194., Maryanna Wr., z Król. Pol., zamężna od 20 r. życia, rodziła 4 razy prawidłowo, ostatni raz przed 3 laty. Po ostatnim porodzie miesiączka przeciągała się przez 2 tygodnie. Od stycznia 1905 stawała się miesiączka skąpszą, natomiast na skórze poczęły się pojawiać plamy czerwone, które po miesiączkowaniu znikały. Zjawisko to spostrzegano w styczniu b. r., kiedy chora zgłosiła się do kliniki, gdzie nie mogła być przyjętą, gdyż rozporządzenie ministeryalne nie dozwala przyjmowania chorych bezpłatnych z Król. Pol. i Rosyi. Od stycznia b. r. chora przestała miesiączkować i obecnie zamiast miesiączki przedstawia się stan następujący: Na języku, podniebieniu miękkiem, błonie śluzowej policzków nieliczne, bądź punkcikowate, bądź drzewkowato ułożone żywoczerwone wybroczyny; błona śluzowa spojówek blada, bez wybroczyn. Na tułowiu i kończynach górnych rozsiane nieliczne wybroczyny żywo- i ciemnoczerwone, przy ucisku

szkłem nieznikające, wielkości główki od szpilki do wielkości soczewicy. Kończyny dolne, szczególnie golenie, obsypane bądź drobniutkiemi, bądź większemi plamami czerwonemi, jakie się spostrzega zwykle w plamicy Werlhofa. Obok tego znajdują się sine podbiegnięcia w skórze w postaci sińców rozmaitej wielkości (około 5 cm. średnicy) na ramieniu prawem i udzie prawem, które, jak chora twierdzi, pojawiły się samoistnie bez urazu. Nadto podaje chora, że skaleczywszy się w palce u rąk i nóg podczas miesiączki nie mogła zatamować krwi prawie przez cały dzień. W narządach wewnętrznych zmian nie stwierdzono, stawy wolne, niebolesne. Natomiast w moczu o c. wł. 1·031 nieliczne krwinki czerwone, a w stolcach odczyn na krew utajoną. Badanie krwi stwierdza krwinek białych 14,000; czerwon. 1,900,000; Hb. 45 prc.? Jest to bardzo rzadki przypadek miesiączki zastępczej. Chaussil opisuje podobny przypadek w postaci pęcherzycy krwotocznej. Prelegent spostrzegał 4 razy miesiączkę zastępczą: raz jako krwotok płucny, 2 razy jako krwotok żołądkowy, raz jako krwotok jelitowy.

b) **Tuberculosis linguae et totius oris, condensatio apicis pulm. dextri.** Nr Dz. 186. Jan Sch., lat 30. W listopadzie 1904 r. poczuł pobolewanie w gardle i utrudnienie w połykaniu. Wtedy stwierdził lekarz białą plamę na podniebieniu twardem, poczem chory udał się do Meranu, gdzie wziął 20 wcierań rtęciowych. Pomimo tego choroba w jamie ustnej się rozszerzyła, dolegliwości podmiotowe się wzmogły i obecnie pomimo najrozmaitszych płukań sprawa chorobowa postępuje. Chory dobrze odżywiony. Okolice podszczękowe i szyja zgrubiałe, przy dotyku twardsze. Na szyi można wymacać różańcowate postronki, złożone z gruczołów twardych, drobnych, nieco bolesnych. Język zgrubiały, mało ruchomy, przy ruchach miernie bolesny. Na końcu języka liczne, drobne, przez błonę śluzową przeświecające szare punkciki (gruzełki), po bokach języka i pod językiem plamki szarawo-żółtawe, wytworzone ze zlania się gruzełków, obok tego inne miejsca (wielkości soczewicy i większe) na języku okryte białawoszarą masą, odrywającą się i pozostawiającą ubytki błony śluzowej, otoczone brzegami poszarpanymi. Na błonie śluzowej dziąseł i policzków punkciki szare i drobne naloty. Największa zmiana znajduje się na podniebieniu twardem w postaci głębokiego owrzodzenia wielkości halerza, częściowo okrytego masą serowatą, o dnie i brzegach nierównych. Języczek i podniebienie miękkie obrzękłe, zwężające znacznie wejście do gardła, są pokryte szarawymi nalotami. Migdałki zewnętrznie niezmienione i niepowiększone. W nalotach i w plwocinach nie zdołano wykazać prątków gruźliczych. W szczycie prawym stłumienie, wdech mocno zaostrzony, wydech chuchający, pokryty drobnemi furczeniami. Ciepłota waha się od 36·5—38·5. W moczu, w kale i we krwi nie znaleziono niczego nieprawidłowego. Prawdopodobne pierwotna zmiana gruźlicza pojawiła się w jamie ustnej. (Wobec bezskuteczności rozmaitych już stosowanych zabiegów leczniczych, spróbowano wstrzykiwania dawnej tuberkuliny Kocha, lecz po trzech wstrzyknięciach jej po $^1/_{10}$, $^1/_4$, $^1/_2$ mg. zaczęły się pokazywać coraz liczniejsze gruzełki szare na błonach śluzowych warg i policzków, dlatego ograniczono się do uśmierzania dolegliwości w połykaniu morfiną. *Przypisek późniejszy prelegenta*).

c) **Pemphigus foliaceus (malignus) oris et cutis.** Nr Dz. 169. Elżbieta K., l. 42, zamężna, dwa razy rodziła; dzieci zdrowe. W lipcu 1905 doznawała chora lekkich bólów w gardle, które w listopadzie znacznie się zwiększyły tak, że zasięgała porady kolejno u wielu lekarzy, lecz bezskutecznie. Przybyła do kliniki 1 marca. Powierzchnia skóry i narządy wewnętrzne bez zmian. W jamie ustnej zaś całe podniebienie twarde i miękkie wyłożone oddzielającym się, zmacerowanym nabłonkiem; na błonie śluzowej warg i na końcu języka kilka pęcherzyków wielkości prosa do soczewicy, wypełnionych cieczą bezbarwną. Ciepłota prawidłowa. Stan ten obecnie się zmienił. Na zgrubiałych wargach przeczosy, pokryte strupem. Na policzku lewym w dwóch miejscach zmacerowany nabłonek z pękniętych pęcherzy, na języku w kilku miejscach płytkie ubytki nabłonka, powierzchnia podniebienia twardego i miękkiego nierówna i mocno zaczerwieniona (brak nabłonka), u wejścia do tchawicy i na nagłośni drobne pęcherzyki. Dnia 10 marca pojawiły się 2 pęcherzyki na przedramieniu prawem i w okolicy pępka. Pęcherzyki bez obwódki czerwonej, wypełnione cieczą bezbarwną, dochodzą do wielkości grochu i pękają. Od tego czasu codzień na tułowiu i kończynach pojawiają się nowe pęcherzyki w gromadkach po kilka obok siebie. Ciecz pęcherzyków okazuje się przy badaniu bakteryologicznem jałową. Krew: krwinek białych: 6,000, krwinek czerwonych 4,280,000, Hb 60 prc., neutrochłonnych 66 prc., limfocytów 29 prc., eozynochłonnych 5 prc. Ze względu, że pęcherzyca pojawiła się w postaci, zajmującej błony śluzowe, należy uważać rokowanie za niepomyślne. (*Dopisek w czasie druku.* Obecnie nowe pęcherze zajmują znaczne przestrzenie skóry, a ciepłota dochodzi do 38°).

d) **Hysteria virilis traumatica sub forma anaesthesiae circumscriptae.** L. Dz. 143, lat 45, konduktor kolejowy. W r. 1903 d. 30 lipca o godz. 11 w nocy, siedząc w budce na ostatnim wozie towarowym, spadł przy rozerwaniu się pociągu z budki na wóz towarowy. Gdy zaś dostrzegł, że wóz z ogromną chyżością toczy się wzdłuż szyn na dół, wyskoczył z niego. W kilka minut przybył na ratunek sąsiedni budnik, z którym chory, widocznie nie doznawszy potłuczenia, przyszedł sam do budki kolejowej, rozmawiając o wypadku. Na drugi dzień zgłosił się do służby, lecz czuł się bardzo osłabionym i podnieconym tak, że na gwizdanie lokomotywy przejmował go lęk; zgłosił się jako chory i odtąd służby nie pełni. Oprócz śledziony wyczuwalnej, twardej i niebolesnej ani w narządach wewnętrznych, ani w moczu, ani w kale, ani we krwi, zmian stwierdzić nie można. Również i zewnętrznie nie można dostrzedz żadnych śladów uszkodzeń. Natomiast na skórze obydwu kończyn dolnych wszechstronne znieczulenie w postaci pończoch, sięgające na 4 palce poniżej pachwin. Takie samo znieczulenie z przodu i z tyłu po lewej stronie tułowia (w postaci kamizelki). Chory nie odczuwa w miejscach wymienionych dotyku, kłucia, przypiekania skóry, drażnienia pędzlem elektrycznym. Chory przytem niema bezładu kończyn, chodzi dobrze, a odruchy ścięgniste są wzmożone. Znieczulenie jest psychiczne, jak za tem przemawia znieczulenie częściowe siatkówki, zresztą niezmienionej pod postacią zwężenia pola widzenia, oznaczone perymetrem. Zwężenie pole widzenia na światło białe, a zwłaszcza czerwone istnieje na obydwu oczach. Nadto źrenice obydwie są zwykle równomiernie zwężone, oddziaływają leniwo na światło, a czasami na pewien krótki czas rozszerzają się bez wiadomej przyczyny. Choroba ma trwać od doznanego w r. 1903 urazu psychicznego, t. j. od lat trzech.

W dyskusyi zabiera głos kol. prymaryusz Borzęcki, podnosząc trudności rozpoznawcze w odróżnieniu zmian gruźliczych, a kiłowych języka.

VI. Kol. Latkowski przedstawia **odczyny na aceton i kwas acetooctowy,** oraz przypadki *a)* **akromegalii,** powikłanej cukrzycą, gdzie prześwietlanie promieniami Röntgena wykazało obecność guza w okolicy siodła (*sella turcica*), który przy sekcyi okazał się nowotworem przysadki mózgowej, *b)* **choroby Raynauda powikłanej twardziną skóry** (*sclerodermia*), *c)* **tętniaka łuku** tętnicy głównej. (Dwa pierwsze przypadki będą osobno ogłoszone).

W dyskusyi zabierają głos ad *a)* kol. prof. Ciechanowski i ad *c)* kol. prof. Korczyński, który zwraca uwagę, że pomimo siedziby tętniaka na łuku aorty nie ma objawów porażenia n. wstecznego.

VII. Kol. Łapiński przedstawia i omawia rzadki przypadek **siarkanu wapniowego w kryształach w osadzie moczowym.**

W dyskusyi przemawia kol. prof. Ciechanowski, przedstawiając preparat anatomiczny z tego przypadku.

Sekretarz: *Wilczyński.*

Posiedzenie w dniu 28 marca 1906.

Obecnych członków 22, przewodniczy kol. doc. Rutkowski.

Protokół z ostatniego posiedzenia przyjęto.

I. Kol. Spira przedstawia i omawia operowany przez siebie razem z kol. Wachtlem przypadek ropnego **zapalenia ucha środkowego** z następowem próchnieniem kostek słuchowych, porażeniem n. twarzowego i histeryą urazową (będzie później drukiem ogłoszony).

II. Kol. Żeleński miał odczyt p. t. **„Z nowszych zagadnień hematologii klinicznej“.** (Przeznaczony do druku).

W dyskusyi zabiera głos kol. prof. Klecki, który podnosi wiele spornych dziś w nauce hematologii zagadnień.

Sekretarz: *Wilczyński.*

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 20 marca 1906.

I. Bełkowski przedstawił chorego, dotkniętego **kiłowemi zmianami tętnic** (*endoarteriitis syphilitica*). Chory, 33-letni skarży się na gwałtowne bole w lewej stopie. Dolna część goleni i stopa obrzęknięte, zaczerwienione i chłodne; na grzbiecie

stopy nieznaczne owrzodzenia. Brak tętna w tętnicach kończyny dolnej i w tętnicach przedramienia z obydwóch stron. Przed 10 laty choremu amputowano prawe udo z powodu stopniowo posuwającej się zgorzeli. W 3 lata potem wystąpiły w lewej nodze objawy, podobne do obecnych; po leczeniu przeciwkiłowem objawy te znikły. Obecne zaburzenia w nodze zjawiły się w styczniu. Po leczeniu rtęciowem tętno w przedramieniu wróciło, bóle w nodze ustąpiły, tętno w niej słabe. Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu na zajęcie wszystkich kończyn.

II. Żurakowski Aleksander przedstawił **preparaty ropy wiewiórowej, barwione mieszaniną Giemsy.** Gonokoki barwią się niemal czarno, jądra komórek — jasnoniebiesko, protoplazma szaroróżowo lub szaro; inne ziarenkowce barwią się jaśniej od gonokoków, wreszcie prątki — bladoróżowo. W szeregu metod barwienia sposób ten należy zaliczyć do lepszych.

III. Karwacki okazał **preparat krętków przymiotu** i preparat krętka zwykłego (*spirochaete refringens*) **barwione metodą własną.** Wydzielinę ropną, zeskrobinę lub treść wykwitów jednem oczkiem platynowem przenosi się na szereg kropel, ułożonych na szkiełku przedmiotowem. Po wysuszeniu preparat utrwala się na ogniu, traktuje zaprawą Pepplera przez 10 minut, zmywa wodą i barwi fuksyną karbolową lub gencyanfioletem karbolowym przez 2—5 minut. Bada się przeważnie ostatnie krople, dotykane oczkiem platynowem, gdzie jest tło mało zanieczyszczone. Formy krętkowe odznaczają się przy tem barwieniu nadzwyczajną wyrazistością.

IV. Guranowski miał odczyt pod tytułem: **„Obecny stan wiedzy o tak zwanej otosklerozie“.** Istota otosklerozy polega na wytwarzaniu się w kości skalistej mas gąbczastych, najczęściej w okolicy okienka owalnego. Zmiany anatomopatologiczne polegają na zrostach kostnych strzemiączka w okienku owalnem i na tak zwanem zwyrodnieniu gąbczastem kośćca błędnikowego. W przypadkach świeżych znajduje się tylko w kośćcu błędnikowym ognisko *ostitis vasculosae.* Nowowytworzone naczynia włosowate w pierwotnem ognisku zapalnem wywołują zanik kości i nieprawidłowe przestrzenie szpikowe. Statystyka różnych autorów i prelegenta dowodzi, że: 1) otoskleroza częściej bywa u kobiet, niż u mężczyzn i 2) że otoskleroza w pewnych rodzinach występuje dziedzicznie. Prelegent streszcza najnowsze teorye dziedziczności. Otoskleroza dziedziczy się nie jako taka, lecz dziedziczą się determinanty otosklerozy, znajdujące się w plazmie zarodkowej przodków danego osobnika. Jeżeli uważać będziemy otosklerozę za nieprawidłowy rozrost kości skalistej i jako sprawę dziedziczną, to wszelkie inne czynniki, uważane dawniej za czynniki etyologiczne, zejdą do roli bodźców, czynników, sprzyjających powstawaniu otosklerozy; tutaj zaliczyć należy: zaziębienia, nieżyty nosa i gardła, nieżyty ucha środkowego itp., a także niektóre choroby zakaźne (dur). Dna, gościec, zołzy i kiła uważane są za główne przyczyny otosklerozy. Prelegent jednakże nie zgadza się z niektórymi autorami (Hartmann), jakoby wszelkie przypadki otosklerozy były pochodzenia kiłowego. Prelegent zwraca uwagę na przekrwienie błony śluzowej wzgórka, jako na objaw, bardzo wcześnie występujący w tem cierpieniu. Rozpoznanie otosklerozy będzie ustalone przy następujących danych: przy badaniu kamertonami wobec znacznego przytępienia słuchu na mowę stwierdza się posunięcie się ku górze dolnej granicy tonów, wydłużone przewodnictwo kostne, brak zmian chorobowych na błonie bębenkowej i w jamie bębenkowej, zupełną drożność trąbki Eustachiusza, przekrwienie błony śluzowej wzgórka, postępującą głuchotę między 20—40 rokiem życia i obarczenie dziedziczne. Rokowanie zwykle niepomyślne. Wszelkie proponowane dotąd metody leczenia nie dają wyników dodatnich. Z wewnętrznych środków G. stosuje obecnie fosfor, który, zdaje się, posiada działanie dodatnie. Zapobieganie powinno polegać na wczesnem rozpoznawaniu otosklerozy u dzieci i stosowaniu fosforu.

Posiedzenie kliniczne dnia 27 marca 1906.

I. Feliks Malinowski wygłosił rzecz p. t. **„Psorospermosis follicularis vegetans“.** Z nowszych zdobyczy co do rzadkiego tego cierpienia wspomnieć należy o następujących szczegółach: 1) W obrazie klinicznym: *a*) wykwity sadowią się przeważnie wzdłuż nerwów skórnych; *b*) na obwodzie ogniska zjawia się czopeczek, na podobieństwo czopka w gruczołach łojowych, naskórek naokoło czopeczka tego wznosi się, tworząc wałeczek, niczem nie różniący się od skóry prawidłowej; po pewnym czasie czopek odpada, pozostawiając po sobie zlekka zaróżowioną i ścieńczałą skórę. 2) W obrazie anatomicznopatologicznym: w cierpieniu tem stwierdzono akantolizę, t. j. rozpad komórek kolczastych i dyskeratozę, wiodącą do wytwarzania t. zw. ciałek okrągłych (*corps ronds*). Nieprawidłowe i nadmierne rogowacenie wiedzie do gromadzenia się mas rogowych, które, uciskają skórę właściwą, wywołują jej stan zapalny i zanik brodawek; na obwodzie zaś wykwitów brodawki się wydłużają, tworząc wspomniane powyżej wałeczki. Po ustaniu akantolizy i dyskeratozy pozostaje na gładkiej skórze naskórek, różniący się od prawidłowego jedynie brakiem sopli nabłonkowych. Poprawę uzyskiwał prelegent w tem cierpieniu przez stosowanie β—naftolu (10 prc.) z szarem mydłem w maści.

II. B. R. Gepner opisał sześć przypadków ciężkiego **ogólnego zakażenia, powstałego wskutek zakażenia spojówki.** Wszystkie przypadki dotyczyły dzieci do 7-go roku życia. Opierając się na swych spostrzeżeniach G. gorąco poleca stosowanie surowicy Tavela w podobnych przypadkach, zaznaczając, że ani w naszem, ani w zagranicznem piśmiennictwie dotąd takich spostrzeżeń nie ogłoszono. *Ign. L.*

Wileńskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie w dniu 26 marca 1906 r.

Prezes dr. Wojnicz po zagajeniu posiedzenia zawiadomił o śmierci dr. Juliana Gryszkowskiego, naczelnego lekarza szpitala św. Jakóba.

I. Dr. Hanusowicz przedstawił chorą z **liszajem rumieniowatym** (*lupus erythematodes*), leczoną sposobem Hollaendera. U chorej, u której leczenie jeszcze nie skończone, widać już bardzo dodatni wpływ tego leczenia, ponieważ środkowe części liszaja już są wyleczone, tylko na obwodzie widoczne jeszcze wykwity. Chora ma zmiany na lewym policzku od lat 20, ale dopiero przed rokiem zwróciła się do lekarzy, którzy stosowali różne maści, arszenik, w końcu wypalanie Paquelinem, ale bezskutecznie. Prelegent przed miesiącem rozpoczął leczenie sposobem Hollaendera, zalecanym również przez Oppenheima, a w ostatnich czasach przez Kozerskiego. Sposób ten polega na tem, iż w ciągu pięciu dni podaje się chininę 0,3—0,7 i jednocześnie smaruje zmienione miejsce skóry nalewką jodową, poczem pięć dni przerwy. Powtarza się to 9 razy i w ciągu tego czasu następuje wyleczenie.

Dr. Wolfson również kilka razy stosował tę metodę; uzyskiwał tylko znaczne polepszenie, ale nie wyleczenie zupełne. Oppenheim podaje przez dłuższy czas bez przerwy po 8 półgramowych dawek chininy.

II. Dr. Lapides zdał sprawę z dwóch przypadków **poronienia,** które spostrzegał w oddziale położniczym szpitala św. Jakóba.

a) Dnia 23/XII do szpitala przybyła chora z krwotokiem i skargą na ból w dolnej części brzucha i krzyżu. Chora już raz roniła, przed rokiem przebyła dur brzuszny i odtąd miesiączki nieregularne z bolami przez cały czas ich trwania i z odchodzeniem skrzepów krwi. Przed 3 miesiącami zastąpiła, zaś przed 3 dniami poczuła gwałtowne bole. Macica powiększona; zdawało się, że jej ujście nierozwarte. Przy badaniu spostrzeżono, iż z cewki moczowej zwiesza się krwisty sznurek, który jak się okazało, był pępowiną. W pochwie na wysokości 4 ctm. wyczuwa się zwężenie. Po nad niem w górnej części pochwy leży już nadgniły płód. Zwężenie rozcięto i usunięto płód, przyczem okazało się, że pępowina przesunęła się była do pęcherza moczowego przez przetokę pęcherzowopochwową, przepuszczającą palec. Po 6 tygodniach operowano tę przetokę, ale bez powodzenia, dopiero powtórna operacya dała dodatni wynik. Prelegent przypuszcza, iż podczas duru nastąpiła u chorej zgorzel części pochwy z następnem bliznowatem zwężeniem, które było przyczyną, iż płód po wydaleniu z macicy pozostał w pochwie i dał powód do przetoki.

b) Przed kilku laty do szpitala św. Jakóba przyjęto chorą, roniącą w 4 miesiącu ciąży, z obfitym krwotokiem i ogólnem osłabieniem. Ujście było rozwarte na 2 palce, w macicy znajdowało się łożysko, które prelegent wyjął, a macicę wytamponował. Niebawem spostrzeżono, iż z pochwy nieustannie wydziela się moczność, dostając się tam przez szparę, która się utworzyła wskutek oderwania przedniej części pochwy od macicy. Przy operacyi, pochwa w dalszym ciągu rozrywała się jak pajęczyna i szpara objęła $^{3}/_{4}$ szyjki macicy. Pomimo to operacya się powiodła, chora wyzdrowiała. *W. Zahorski.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Z wydziału Towarzystwa samopomocy lekarzy. Wydział Towarzystwa, ulegając życzeniu niektórych z kolegów, ogłasza, że wydawać będzie własnym nakładem recepty z nagłówkami i drukowanym czterohalerzowym kolorowym znaczkiem receptowym. Ażeby używanie znaczków jak najbardziej rozpowszechnić, a tem samem zwiększyć fundusz wdowi i sierocy, Towarzystwo wydawać będzie recepty wspomniane zgłaszającym się kolegom po cenie znaczka, t. j. jedynie za zwrotem kwoty, przypadającej za znaczki odnośnie do ilości zamówionych recept.

Warunki są następujące:

1) Zamawiać można najmniej 500 sztuk i wtedy należy z góry przesłać kwotę 4 korony, przy zamówieniu 1000 sztuk kwotę 6 koron; jeżeli zamawia się więcej recept, za każdy następny tysiąc należy przesłać również z góry kwotę 6 koron. Przesłane kwoty zostaną wliczone do wartości znaczków; resztującą kwotę za znaczki można spłacić albo zaraz po otrzymaniu recept, albo w ciągu roku licząc od daty otrzymania recept. N. p.: ktoś z kolegów zamawia 1000 sztuk recept (wartość 1000 znaczków czterohalerzowych = 40 koron), wtedy winien naprzód przesłać 6 koron, a resztującą kwotę 34 koron albo zaraz po otrzymaniu zamówionych recept, albo w ciągu roku, licząc od czasu otrzymania przesyłki. Na życzenie kolegów będziemy przesyłali recepty oprawione w bloczki po 100 sztuk: za oprawę nic się nie dopłaca.

2) Wielkość recept jest stałą i wynosi 20 cm. długości i 10 cm. szerokości.

3) Ze względu na koszta druku, wysyłkę rozpoczniemy wtedy, gdy zgłosi się taka ilość kolegów, by zamówienia ich razem wynosiły najmniej 20,000 sztuk recept.

Niejednokrotnie spotykaliśmy się z zarzutem, zwłaszcza ze strony kolegów, mających rozległą praktykę i ze strony lekarzy kąpielowych, że nie mogą pamiętać przy pisaniu każdej recepty o znaczku i tylko dlatego ich nie używają. Obecnie zarzut ten odpadnie w zupełności.

Kolegów, chętnych dla sprawy, jak również przełożonych klinik i ambulatoryów szpitalnych, gdzie tyle rocznie wydaje się recept, upraszamy o przesłanie na karcie korespondencyjnej nagłówka używanych w praktyce recept wraz z podaniem żądanej ilości, oraz nadesłanie odpowiedniej kwoty.

Wszelkie pisma w tej sprawie upraszamy adresować do Administracyi znaczków receptowych: Kraków, ul. Radziwiłłowska 4, Dom lekarski.

II Sekretarz: *Dr. Flis.* Prezes: *Dr H. Jordan.*

Strejk lekarzy gminnych w Austryi Dolnej. Na zaproszenie namiestnictwa przybyli w dniu 27 marca na posiedzenie prezydent Izby dolnoaustr. dr. List i wiceprezydent dr. Riss, przewodniczący wolnej organizacyi lekarzy dolnoaustryackich dr. Janeczek i kierownik organizacyi lekarzy gminnych dr. Nekowitsch, dalej ze strony namiestnictwa dr. Netolitzky i referent sanitarny dr. Winter, jako przedstawiciele gmin burmistrze ze Stockerau, z Neumarktu n/Y. i z Wielkiego Weikersdorfu, wreszcie z ramienia Wydziału krajowego radcy dr. Schneider i dr. Hanauska. Przewodniczący r. d. Tils zagaił posiedzenie wezwaniem, aby natychmiast przystąpić do obrad nad projektem instrukcyi służbowej dla lekarzy gminnych, przedłożonym przez namiestnictwo. Na to przedstawiciele lekarzy jednogłośnie oświadczyli, że się na to nie mogą zgodzić i zażądali ustanowienia »junctim« między przedłożeniem nowej ustawy sanitarnej krajowej, a wydaniem instrukcyi służbowej. Wobec tego członkowie wydziału krajowego zawiadomili zebranych, że nie mają pełnomocnictwa do merytorycznych układów, lecz że wysłano ich jedynie w tym celu, aby poznali dokładnie życzenia wszystkich interesowanych czynników. Na to zaznaczyli delegaci-lekarze z naciskiem, że z jednej strony przedstawiciele wydziału krajowego nie mieli właściwie po co przychodzić na naradę, a z drugiej, że oni sami od kolegów lekarzy dostali dokładne i niedwuznaczne polecenie, by na ankiecie nie przedkładać całego szeregu życzeń zawodu lekarskiego, bo życzenia te są wszystkim sprawą tą się zajmującym dokładnie znane, i że wysłani tu zostali tylko dla narad merytorycznych. Oświadczyli dalej, że jak dotąd, tak i nadal skutecznym celem ich zabiegów jest uzyskanie nowej ustawy sanitarnej krajowej, która musi wejść w życie najpóźniej 1 stycznia 1907 r. i że są upoważnieni do tymczasowego przedłożenia najpilniejszych żądań, zebranych w 12 punktach. Jednakże narady rzeczowe nad tymi 12 punktami były z powodu braku potrzebnego w tym celu pełnomocnictwa urzędników krajowych niemożliwe; tylko przewodniczący przyrzekł podać je do wiadomości wydziału krajowego. Radca namiestnictwa dr. Netolitzky wniósł, ażeby natychmiast wybrano komisyę, złożoną z przedstawicieli namiestnictwa, wydziału krajowego i delegatów lekarskich, dla jak najrychlejszego opracowania nowej krajowej ustawy sanitarnej wraz z instrukcyą służbową dla lekarzy, na co zarówno przewodniczący, jak i lekarze się zgodzili, wyraźnie zaznaczając, że »bierny opór« w całej pełni trwać będzie nadal i że nawet zaostrzenia jego należy się spodziewać. Na odczytanie proponowanej przez namiestnictwo instrukcyi służbowej wreszcie się zgodzono, jednak nie naradzano się nad nią ze względu na oświadczenie, złożone przez lekarzy na początku ankiety. *E. S.*

Higieną szkół we Lwowie zajęła się energicznie miejska komisya sanitarna. Obecnie n. p. uchwalono przestrzegać, by przerwy między godzinami były ściśle zachowane i wyzyskane dla ruchu fizycznego na wolnem powietrzu (niektóre nauczycielki karały uczennice za szybkie chodzenie podczas przerw!; działwa »za karę« niewypuszczano niekiedy w czasie przerw z sali szkolnej!), by w tym celu były wszędzie urządzone odpowiednie boiska, a zmniejszające je klomby zniesione i t. d. Rada miejska uchwaliła już dawniej budowę 8 nowych, higienicznych szkół kosztem 3 milionów koron.

Koszta odkażenia po chorobach zakaźnych według orzeczenia wiedeńskiego Trybunału administracyjnego z 24 stycznia 1906 L. 935 ponosić musi gmina, zarządzająca odkażenie, a nie mieszkaniec, którego mieszkanie i sprzęty odkażano. *K.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 1 do 7 kwietnia 1906 doniesiono o nowych przypadkach: ospy w 3 gminach u 4 chorych, a mianowicie w powiecie Chrzanów (Trzebinia wieś 1, Trzebinia miasto 2, Luszowice 1); duru plamistego w 24 gminach 92 chorych: w mieście Lwowie-1, w powiatach Brzeżany (Brzeżany 2, Glinna 3), Buczacz (Dobropole 2), Cieszanów (Opaka 4), Horodenka (Żuków 16), Jarosław (Nienowice 6), Jaworów (Berdychów 1, Siedliska 4), Lwów (Pikułowice 2), Myślenice (Pcim 1, Sułkowice 18), Nadwórna (Łanczyn 2, Zielona 6), Rawa (Klicko zar. 1, Szczerzec 1, Biała 1, Ulhówek 4), Śniatyn (Tuława 2), Stryj (Wołosianka 6), Tarnopol (Chodaczków 5), Tłumacz (Krzywotuły st. 1), Żółkiew (Przystań 1). Złoczów (Jasionowce 2); zapalenia opon mózgowordzeniowych w 23 gminach 37 chorych. *T.*

Ruch ludności w Krakowie od 25 do 31 marca b. r. Urodziło się dzieci żywo 56 (chłopców 31, dziewcząt 25), nieżywo 1. Zmarło ogółem osób 53 (obcych 14), a mianowicie 32 mężczyzn, 21 kobiet. Przyczyną śmierci były: rozwój niedostateczny 1, gruźlica 16 (3), zapalenie płuc 9 (1), błonica 1 (1), odra 2, inne choroby zakaźne 2 (1), choroby serca i naczyń 6 (1), nowotwory 7 (5), inne przyczyny śmierci naturalnej 9 (2).

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 25 do 31 marca 1906 zgłoszono przypadków: błonicy 4 (obcych 1), krztuśca 2, płonicy 2, odry 9, czerwonki 1, nagminnego zapalenia opon 3. W tymże czasie zmarło: z płonicy 3, z nagminnego zapalenia opon 1.

Wiadomości bieżące.

— Sprawozdania z pism rosyjskich dla »Przeglądu lekarskiego« objęli za staraniem doc. dr. Witolda Orłowskiego: dr. Leon Jastrzębski (pedyatrya), dr. med. Karol Karnicki (okulistyka), dr. Wojciech Kozłowski (chirurgia), dr. med. Zenon Orłowski (medycyna wewnętrzna i teoretyczna), dr. Romuald Śliwiński (ginekologia i położnictwo), dr. med. Zdzisław Sowiński (choroby skórne i weneryczne), dr. med. Bolesław Swolkien (medycyna wewnętrzna) i dr. Konrad Uliński (ginekologia i położnictwo) w Petersburgu.

Kraków. Wydział Izby zachodnio-galicyjskiej na posiedzeniu dnia 3 kwietnia b. r. po załatwieniu drobniejszych spraw administracyjnych wydał orzeczenie w sprawie honorarym za leczenie, którego wysokość pacyent kwestyonował. — Następnie toczyła się bardzo długa dyskusya co do zatargu między jednym z lekarzy a chorym o honoraryum, wynoszące 34,134 koron. Po szczegółowem rozpatrzeniu wszystkich pozycyi rachunku, przyczem niektóre pozycye uznano za odpowiednie, inne zaś nieco obniżono, Wydział wydał orzeczenie, że rachunek ten, obniżony do 27,101 koron w całości, uważa za odpowiedni i w tej wysokości go zatwierdza, nie wliczając w to jednak kosztów utrzymania lekarza ordynującego i jego rodziny w miejscu kąpielowem, gdzie przez 64 dni przebywać musiał na wyraźne żądanie

chorego. — W sprawie utworzenia biura informacyjnego o posadach lekarskich uchwalono na wniosek referenta odstąpić na razie od zamiaru zbierania informacyi przez starostwa, a natomiast porozumieć się z referentem tej sprawy w Izbie wschodnio-galicyjskiej. — Na posiedzeniu Rady w tym samym dniu odbyła się rozprawa honorowa przeciw jednemu z lekarzy, przeciw któremu sąd karny wniósł do Izby zażalenie o posługiwanie się i popieranie partacza, ukończona wyrokiem, skazującym obwinionego na grzywnę. *L.*

— Nowozawiązane Towarzystwo lekarzy kolejowych zachodnio-galicyjskich odbyło w dniu 11 kwietnia b. r. pierwsze zgromadzenie w Krakowie, na którem obrany został prezesem dr. Józef Zoll, wiceprezesem dr. Adam Jakubowski, sekretarzem dr. Czerny, skarbnikiem dr. Antoni Jabłoński, członkiem wydziału dr. Żychoń, do komisyi kontrolującej i sądu polubownego dr. Walczyński, Jodłowski i Bujniewicz.

— Przewodniczącym komitetu administracyjnego szpitala św. Łazarza w Krakowie mianował Wydział krajowy prof. dr. Łazarskiego. Powołanie lekarza na ten honorowy, a tak ważny, zwłaszcza w większych szpitalach, urząd, należy powitać z uznaniem i nadzieją poprawy stosunków, niejedno pozostawiających do życzenia.

— Dodatkowy zeszyt dzieła »Nauka o chorobach wewnętrznych«, wydawanego przez prof. Jaworskiego, wyjdzie w maju r. b. Zeszyt ten zawiera choroby krwi pióra prof. Edwarda Korczyńskiego i dr. Szurka.

Lwów. Krajowa Rada zdrowia odbyła posiedzenie dnia 3 kwietnia 1906, na którem były następujące sprawy przedmiotem obrad: I. Czy zachodzi potrzeba wydania przepisów dla ochrony osobistej zdrowia nierządnic? Sprawa poruszona przez władze wojskowe. Referował jako członek nadzwyczajny kraj. Rady zdrowia prof. dr. W. Łukasiewicz. II. Wydano na życzenie Wydziału krajowego opinię co do potrzeby subwencyonowania: 1) Polskiego Towarzystwa balneologicznego w Krakowie, 2) Wydawnictwa Polskiego Archiwum nauk biologicznych i lekarskich we Lwowie, 3) Towarzystwa wzajemnej pomocy położnych we Lwowie. III. Przeprowadzono dyskusyę nad sprawą nauki jednorazowej w seminaryum nauczycielskiem żeńskiem we Lwowie. Dyskusyi nie zakończono.

— Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej zajmował się na posiedzeniu w dniu 4 kwietnia następującemi sprawami: Przyjęto z uznaniem do wiadomości sprawozdanie dwóch członków wydziału z działalności ich w komisyi dla wymiaru podatku zarobkowego; podatek ten, przypadający na lekarzy lwowskich, wynosił w poprzedniem dwuleciu 13,103 kor., a na bieżące dwulecie 1906/7 obniżono go na 11,773 kor. — W sprawie wniosków, będących obecnie przedmiotem obrad w Najw. Radzie Zdrowia co do przekształcenia ustroju sanitarnego w państwie, odniósł się prezydent do Wydziału wykonawczego Izb, by tenże czuwał nad rozwojem tej sprawy, celem podjęcia jej we właściwym czasie i przedłożenia Izbom do obrad. — Uchwalono przyspieszyć prace co do zmiany regulaminu Izby, natomiast zmiany zasad etyki odłożono na później, o czem postanowiono powiadomić Izbę zach.-gal. z wnioskiem, by przyjęła ten sam sposób postępowania, aby prace te w obu Izbach szły współcześnie i mogły być następnie razem zestawione we wspólny elaborat. — Postanowiono wypracować memoryał do właściwych władz w sprawie opieki nad ubogimi chorymi w kraju. — Jednemu z lekarzy udzielono informacyi co do wolnej posady w Ch. — Załatwiono kilka drobniejszych spraw administracyjnych i bądź ukończono, bądź posunięto naprzód kilka spraw honorowych.

— Towarzystwo higieniczne lwowskie liczyło w roku 1905 członków 216. Wydawany przez Towarzystwo »Przegląd higieniczny« rozchodził się w 477 egzemplarzach. Towarzystwo wniosło do Sejmu petycye o zaprowadzenie obowiązkowej nauki somatologii i higieny, oraz w sprawie lekarzy szkolnych, a do Rządu — w sprawie badania duru osutkowego, o wydanie ustawy o zwalczaniu chorób nagminnych, o założenie we Lwowie zakładu do badania środków spożywczych.

— Z końcem r. b. upływa 25 lat od założenia Akademii weterynarskiej we Lwowie, jedynej dziś na ziemiach polskich szkoły w tym zakresie.

— Dyplom doktorski otrzymali: Jerzy Hołodyński, Roman Stroka, Tadeusz Walichiewicz i Ignacy Wieser.

— Imieniem Marcelego Nenckiego ma być nazwaną jedna z ulic lwowskich.

— Subkomitet miejski dla zwalczania gruźlicy uchwalił domagać się od Rady miejskiej założenia miejskiej pracowni bakteryologicznej.

Warszawa. Na wydziale lekarskim było 1 stycznia 1905 zapisanych 487 słuchaczy.

— Zarząd kąpielowy w Połądze prostuje fałszywą pogłoskę, jakoby zakład tamtejszy spłonął. Przy pożarze miasteczka zakład wcale nie ucierpiał. Zaburzeń w okolicy Połągi nie było i nie są spodziewane.

Wilno. Znamiennym dla tutejszych stosunków sanitarnych jest fakt następujący: W I gimnazyum męskiem śród uczniów szerzy się płonica o złośliwym charakterze. Było kilka przypadków śmiertelnych. Władza szkolna żadnych środków ku powstrzymaniu epidemii nie przedsiębierze.

— 16/III zostali uwięzieni — podobno za należenie do partyi konstytucyjno-demokratycznej — lekarze wileńscy Kahn, Romm i Samsonow, lecz po dwóch dniach wszystkich wypuszczono. Dr. Rommowi kazano wyjechać za granicę.

— Z olbrzymiego szpitala w Wilejce pod Wilnem uciekł obłąkany żołnierz. Po kilku dniach został schwytany przez dziesiętnika, który wiodąc go z powrotem do szpitala, zanocował po drodze w wiosce Bukowszczyzna i zbiega umieścił w odrynie na słomie. Gospodarz zagrody nic o tem nie wiedział i gdy w nocy psy ujadać poczęły, sądząc, że do odryny zakradł się złodziej, wystrzelił ze strzelby nabitej śrutem i trafił śpiącego w twarz. Nazajutrz dziesiętnik odwiózł nieszczęśliwego do szpitala, gdzie tenże na drugi dzień zmarł. W tymże szpitalu przed paru tygodniami powiesiła się chora umysłowo pani P. Trzeba przyznać, że w szpitalu wilejskim porządki wiele do życzenia pozostawiają. *W. Z.*

Petersburg. Na ostatniem posiedzeniu konferencyi wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu uchwalono nie rozpoczynać wykładów aż do jesieni. W ten sposób w b. r. szkolnym wykłady trwały zaledwie 3 tygodnie.

— Podniesiona we wrześniu zeszłego roku przez Akademię wojskowo-lekarską sprawa nadania jej autonomii spotkała silny opór ze strony ministra wojny i rady wojennej, które zagroziły przeniesieniem Akademii z pod zarządu ministerstwa wojny do ministerstwa oświaty z jednoczesnem odebraniem klinik, należących do ministerstwa wojny; jeśliby tę pogróżkę spełniono, Akademia wojskowo-lekarska poniosłaby ogromne straty moralne i materyalne.

— W klinicznym Instytucie imienia W. księżny Heleny Pawłówny, w którym odbywają się kursa dla dalszego kształcenia się lekarzy, ma być za zgodą władz wprowadzoną autonomia. W klinicznym zaś Instytucie położniczym sprawa autonomii upadła wobec silnego oporu dyrektora Instytutu lajb-akuszera prof. Otta. *O.*

Z różnych stron. Sejm bawarski uchwalił przeszło 5 milionów marek na potrzeby uniwersytetów i jednomyślnie przyjął wniosek, by utworzyć zakład dla dzieci kalek, odpowiadający nowoczesnym wymaganiom. Uchwały te prasa lekarska niemiecka z uznaniem podnosi.

— Sejm anhaltski uchwalił zezwolić na palenie zwłok, sejm pruski natomiast odrzucił podobny wniosek.

— Nad petycyami o zakazanie wiwisekcyi przeszła Izba panów w Berlinie do porządku dziennego.

— Ratownictwo (stacye pierwszej pomocy) w Berlinie ma zarząd miejski objąć na swój koszt i we własny zarząd.

— Berlińska rada miejska odrzuciła wniosek (corocznie ponawiany), by odkażanie było bezpłatne. Tym razem wyprzedziliśmy (we Lwowie) znowu zagranicę. Nie w tem jednem zresztą, bo n. p. we Fryburgu w B. teraz dopiero podjęli lekarze starania o zaprowadzenie jednorazowej nauki szkolnej.

— W londyńskiej Izbie gmin wniesiono, by źle odżywionym dzieciom szkolnym dostarczać w szkołach bezpłatnie posiłków.

— Słynnemu psychiatrze francuskiemu Magnanowi ofiarowany będzie na uczczenie przeszło 40-letniej jego pracy medal pamiątkowy. Składki nadsyłać można do księgarni Massona w Paryżu.

— Miliarderzy amerykańscy obdarowują hojnie tamtejsze uniwersytety. Sam jeden Rockefeller ofiarował uniwersytetowi w Chicago 76 milionów franków, ośmiu innych bogaczów złożyło innym uniwersytetom 113 milionów.

— Księstwo Anhalt ustanowiło złoty krzyż zasługi dla położnych, które nienagannie pracowały przez lat 30.

Powołani: Prof. Heffter z Berna na katedrę farmakologii do Marburga; prof. His z Bazylei na katedrę medycyny wewnętrznej do Getyngi (na miejsce Ebsteina).

Mianowani asystentami lwowskiej kliniki lekar. dr. Witold Ziembicki, dotychczasowy asystent bezpłatny i dr. Wincenty Czernecki, dotychczasowy demonstrator kliniki.

Zmarli: w Nizzy 11/III dr. Stanisław Petrulis, Polak asystent kliniki chirurgicznej w Kazaniu znany z zacności charakteru; ginekolog prof. Lobmayer w Zagrzebiu.

Bibliografia:

— *Tygodnik lekarski* Nr. 14. Franke: O sposobach wyrównania wad zastawki trójdzielnej. Szulisławski (dok. z Nr. 13). Kowenicki: O upuście krwi w zapaleniu płuc.

— *Medycyna* Nr. 13. Dalszy ciąg artykułów Bregmana i Gałeckiego.

— *Przegląd chorób skórnych i wenerycznych* Nr 3 Krzyształowicz: Grzyby chorobotwórcze włosów. Malinowski: Choroba Dariera.

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 1. Wernicki Sprawozdanie z zakładu w Lubieniu za czas od r. 1903 do końca sezonu 1905. Bier: O racyonalnem paleniu kawy.

— *Časopis lekařův českých* Nr 14. Vitek, Schnurpfeil (dok. z Nr. 13).

— *Russkij Wracz* Nr. 10. Janowskij: Nowe drogi w nauce o rozpoznawaniu chorób wewnętrznych. Kuzniecow, Moskalew (c. d. z Nr. 9) Broszniowski: W sprawie posocznicy pochodzenia usznego bez zmian zatok mózgowych Cyperkus: Przypadek promienicy.

— *Presse médicale* Nr. 26 Gilbert i Herscher: Cholemia fizyologiczna. Dejerine i Gauckler (c. d. z Nr. 25). — Nr. 27. Gilbert i Herscher. O odmianach cholemii fizyologicznej Breton: O kwasie tyminowym.

— *Semaine médicale* Nr. 14. Noica i Marbé: O zaburzeniach czucia w kiłowem porażeniu poprzecznem kurczowem.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 14. Lexer: W sprawie leczenia zapaleń ostrych przekrwieniem zastoinowem. Bestelmeyer: Doświadczenia co do leczenia zapaleń ostrych przekrwieniem zastoinowem według Biera. Penkert: Znieczulenie rdzeniowe w uśpieniu skopolaminowo-morfinowem. Brentano: Postrzały stawów w wojnie rosyjsko-japońskiej. Colmers: Znaczenie rentgenografii dla chirurgii polowej i sposób używania jej na wojnie. Jodlbauer i Tappeiner: Działanie światła na zaczyny przy braku tlenu. Selberg: O oddarciu ścięgna wyprostnego palców członka końcowego). Kuhn: Wilcza paszcza i intubacya. Landgraf: Czy przeszczepiania skóry są środkiem leczniczym? Strauss: Automatyczna pompa ssąca i tłocząca jako przyrząd ssący do przekrwienia Bierowskiego. Weinberg: Nowe urządzenie ochronne do wstrzykiwan podskórnych i śródżylnych. Lange: Szkoła i gorset.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 14. Schütz: Obrazy radyologiczne przy raku żołądka. Hamburger O przykręgowem stłumieniu i wyjaśnieniu odgłosu przy zapaleniu opłucnej. Kienböck: Postępowanie kwantymetryczne. Bail i Weil: Dalsze doświadczenia nad agresywnością gronkowców. Fridezko: Dwa przypadki tętniących żylaków uda.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr. 14. Braun: Leczenie ropniaka opłucnej. Brauer: Teorya i praktyka nadmiernego ciśnienia (Überdruckverfahren) Kümmel: Leczenie operacyjne przerostu i raka sterczu. Neumann: W sprawie doszczętnego leczenia raków okrężnicy. Brentano: Doświadczenia co do ran postrzałowych brzucha. Colmers: W sprawie pierwszego transportu ciężko rannych. Amberger: Dwa ciekawe spostrzeżenia z chirurgii mózgu.

Redakcya otrzymała: Stud. med. Brunon Czaplicki: Zarys bakteryologii krwi (z laboratoryum dr. St. Serkowskiego) Łódź 1906. str. 144. — Dr. med. Stanisław Orłowski, ordynator szpitala św. Jana Bożego w Warszawie: Choroby nerwów obwodowych. Choroby rdzenia kręgowego. Z zapomogi kasy im. Mianowskiego. Warszawa 1906. Str. VIII + 419. 186 rysunkow w tekście i 1 tablica. Cena Rb 2,50. Szumowski: Kartezjusz i Malebranche jako poprzednicy teoryi uczuć Karola Langego. Odb. z „Przegl. filoz." 1905.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Do nabycia we wszystkich Aptekach i Składach Aptecznych.

L. 2.287/06.

KONKURS.

Celem obsadzenia posady drugiego lekarza gminnego w Borysławiu, rozpisuje się niniejszem konkurs z terminem do 15 kwietnia 1906, w którym kompetenci winni wnieść podania udokumentowane po myśli § 7 ust. z dnia 2 lutego 1891, Dz. u. kr. Nr. 17, na ręce Zarządu gminy. Roczna płaca wynosi 1.000 K.

Zarząd gminy Borysław. 123

C. k. Komisarz rządowy.

L. 927

KONKURS.

Wadowicki Wydział powiatowy ogłasza konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Kalwaryi Zebrzydowskiej z roczną płacą 1.000 kor. i ryczałtem na objazdy w kwocie 700 kor.

Ubiegający się o powyższą posadę prócz dostatecznej fizycznej zdolności, winni wykazać, że posiadają następujące warunki:

1) Prawo obywatelstwa austryackiego;

2) Dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;

3) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Do okręgu sanitarnego w Kalwaryi Zebrzydowskiej należą następujące gminy i obszary dworskie: Barwałd średni, Barwałd górny, Brody ze Solczą, Bugaj, Kalwarya Zebrzydowska, Leńcze, Podolany, Przytkowice, Stanisław dolny, Stanisław górny, Wysoka, Zebrzydowice, Benczyn, Brzezinka ad Kopytówka, Jaśkowice, Kopytówka, Paszkówka z Pobiedrem, Sosnowice, Wielkie drogi z Trzebolem.

Prawa i obowiązki lekarza okręgowego określa dokładnie ustawa z dnia 2 lutego 1891, Nr. 17, dz. u. kraj.

Podania należy wnosić do Wydziału powiatowego w terminie do 15 maja 1906 r.

Wadowice, dnia 28 marca 1906. 126

Prezes *Marek Łuszczkiewicz*. Sekretarz *Jan Stopczyński*.